

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Nr. 73 1528 / 01.03.2017

APROBAT
MINISTRUL SĂNĂTĂȚII
FLORIAN DOREL BONDAR

CASA NAȚIONALĂ
DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 266 / 27.02.2017

APROBAT
p. PRESEDINTE
RADU GHEORGHE TRICHI

REFERAT DE APROBARE

a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017

Având în vedere:

- prevederile Hotărârii de Guvern nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare;

- dispozițiile art. 229 alin. (4) și art. 291 alin. (2) din Titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, potrivit cărora Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează normele metodologice de aplicare a contractului-cadru,

propunem aprobarea Ordinului anexat, cu mențiunea că prevederile proiectului de act normativ au avut în vedere: îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu; îmbunătățirea managementului fondului național unic de asigurări sociale de sănătate; reducerea birocrăției în sistem.

Proiectul de act normativ conține următoarele elemente de noutate:

▪ În asistența medicală primară:

✓ în cadrul serviciilor medicale preventive și profilactice:

- o la grupele de vârstă: 6 ani și 9 ani inclusiv și 10 ani și 17 ani inclusiv - în cadrul investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție - pentru screeningul sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masă corporală (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială:

- s-au introdus investigațiile TSH și FT4
- s-a înlocuit investigația "colesterol total" cu investigația "LDL colesterol"

- pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 ani și pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste - în cadrul investigațiilor paraclinice recomandate pentru prevenție:

- s-a introdus investigația "LDL colesterol"

- ✓ S-a precizat că medicul de familie va consemna pe biletul de trimitere pentru specialități clinice/internare data și perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripție medicală și tratamentul prescris, dacă este cazul.
 - ✓ Valoarea minimă garantată a punctului "per capita" este de 4,8 lei (față de 4,6 lei).
 - ✓ Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este de 2,2 lei (față de 2,1 lei)
 - ✓ Referitor la obligația medicului de familie de a respecta dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului, s-a precizat că *în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie la care asiguratul nu dorește să fie înscris, prin eliminarea asiguratului de pe listă.*
- **În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și pentru acupunctură:**
- ✓ Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este în valoare de 2,2 lei (față de 2,1 lei).
 - ✓ Pentru situațiile care conduc la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale de acupunctură s-a precizat că pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract pentru serviciile de acupunctură se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.
- **În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie:**
- ✓ S-au adus clarificări referitoare la semnificația următoarelor sintagme:
 - "epuizare valoare lunară de contract" în sensul următor: **"Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică de 40 de lei reprezentând contravaloarea unei consultații cu proceduri, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract."** (a fost necesar pentru îmbunătățirea execuției contractelor)
 - "consum mediu lunar" - acesta se referă la contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie decontate de casa de asigurări de sănătate.
 - ✓ Pentru situațiile care conduc la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, **s-a precizat** că pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.
- **În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru medicină dentară:**
- ✓ În cadrul grupei de vârstă peste 18 ani (pentru care decontarea tarifelor aferente serviciilor de medicină dentară se face în procent de 60%) – s-a precizat că se decontează 100% tarifele aferente serviciilor de medicină dentară pentru tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani - dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă.
 - ✓ Furnizorii de servicii medicale de medicină dentară pot efectua servicii medicale peste valoarea lunară de contract/act adițional în limita a maxim 10%, cu excepția lunii decembrie, cu condiția ca

- această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adițional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv.
- ✓ S-au adus clarificări referitoare la semnificația sintagmei "epuizare valoare de contract" astfel: *"Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică decât cel mai mic tarif aferent unui act terapeutic dintre cele prevăzute în pachetul de servicii de bază se consideră că a fost epuizată valoarea de contract".*

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în trimestrul respectiv și-au epuizat valoarea de contract și se repartizează proporțional, corespunzător elementelor utilizate la stabilirea valorii de contract.

- ✓ Pentru situațiile care conduc la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară, s-a precizat că pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.
- În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice:
- ✓ Investigațiile paraclinice : feritină serică , gama GT și osteodensitometrie segmentară (DXA) pot fi recomandate și de medicii de familie.
 - ✓ Suma anuală se contractează și se decontează distinct pe tipuri de investigații paraclinice, respectiv: analize de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie-imagistică medicală (inclusiv explorări funcționale).
 - ✓ S-au adus clarificări referitoare la semnificația sintagmei "epuizare valoare de contract" astfel:
"Dacă valoarea lunară de contract pentru servicii medicale paraclinice - analize de laborator rămasă neconsumată este mai mică decât 97 lei se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.
Dacă valoarea lunară de contract pentru servicii de anatomie patologică rămasă neconsumată este mai mică decât cel mai mic tarif aferent serviciilor de anatomie patologică contractate se consideră că a fost epuizată valoarea de contract. Dacă valoarea lunară de contract pentru servicii medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală rămasă neconsumată este mai mică decât cel mai mic tarif aferent serviciilor de radiologie - imagistică medicală și explorări funcționale contractate se consideră că a fost epuizată valoarea de contract."
 - ✓ Pentru situațiile care conduc la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, s-a precizat că pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.
 - ✓ S-au adus precizări suplimentare privind obligativitatea furnizorilor de servicii medicale paraclinice, privind durata programului de activitate în contract cu casa de asigurări de sănătate care nu poate fi mai mică de:
 - 7 ore pe zi - laboratoarele de analize de laborator,
 - 6 ore pe zi - laboratoarele de anatomie patologică
 - 6 ore pe zi - laboratoarele de radiologie-imagistică medicală,în sensul că acest program este de luni până vineri.

Pentru furnizorii care doresc să desfășoare activitate în relație cu casa de asigurări de sănătate și în zilele de sâmbătă și duminică, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 7 ore/zi sau 6 ore/zi, după caz, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

✓ În ceea ce privește contractul de service, obligația furnizorilor de servicii medicale paraclinice – la contractare, a fost reformulată astfel:

o Pentru laboratoarele de analize medicale : "Furnizorii vor prezenta contract de service care să includă verificările periodice conform normelor producătorului aparatului, încheiat cu un furnizor avizat atât de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, conform prevederilor legale în vigoare, cât și de producător sau un furnizor agreeat de producător, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care producătorul nu mai există , acesta va depune contractul de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale. În situația în care furnizorul nu prezintă contractul de service, aparatele respective nu sunt luate în calcul la stabilirea punctajului pentru resurse tehnice."

o Pentru laboratoarele de radiologie și imagistică medicală : "Furnizorii vor prezenta contract de service care să includă verificările periodice conform normelor producătorului aparatului, încheiat cu un furnizor avizat atât de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale sau Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, cât și de producător sau un furnizor agreeat de producător, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care producătorul numai există, acesta va depune contractul de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale sau Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare, după caz.

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."

✓ Schemele de intercomparare laboratoare trebuie să fie notificate de Ministerul Sănătății, iar punctajul se acorda doar pentru numărul de participari specificate în notificarea furnizorului de scheme de intercomparare emisa de Ministerul Sănătății.

✓ Pentru situațiile care conduc la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, s-a precizat că pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

▪ În asistența medicală spitalicească:

✓ În pachetul de asistență medicală spitalicească pentru spitalizare de zi au fost introduse servicii noi:

- în lista B.1:

- o colită ulcerativă nespecificată (K51.9) – cu un tarif de 197 de lei
- o boala pancreasului nespecificată (K86.9) – cu un tarif de 250 de lei

- în lista B.3.2:
 - o bronhoscopia asociată echografiei (EBUS) – cu un tarif de 1.409 lei / asigurat
 - ✓ Au fost modificate tarifele pentru următoarele servicii prevăzute în lista B.3.2, astfel:
 - urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă - de la 100 lei la **57 lei/pacient**
 - urgență medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății - de la 250 lei la **171 lei /pacient**
 - ✓ Pentru fundamentarea tarifului pe caz rezolvat/serviciu în regim de spitalizare de zi a fost introdus modelul de pacient (în anexa nr. 22 D).
 - ✓ În lista spitalelor finanțate în sistem DRG (prevăzută în Anexa 23 A) au fost introduse următoarele spitale:
 - Clinica NewMedics - BH28
 - Clinica NewMedics - BV22
 - SC Onioptic Medical PD SRL - DJ55
 - Spital AS Medica SRL - PH111
 - Cordis Med SRL - TM32
 - ✓ Pe lângă regula generală de alocare a fondurilor suplimentare, pentru situații justificate a fost introdus un mecanism de alocare a fondurilor suplimentare similar cu cel de alocare a sumelor reținute inițial la contractare la nivelul caselor de asigurări de sănătate.
 - ✓ A fost modificată **modalitatea de decontare a serviciilor medicale paliative** acordate în regim de spitalizare continuă, în sensul decontării zilelor efective realizate lunar/trimestrial. (anterior, decontarea se făcea în funcție de zilele de spitalizare ale cazurilor externate)
- Pentru consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat
- ✓ S-a introdus o reglementare referitoare la perioada de regularizare, astfel: „Regularizarea și decontarea trimestrială se face până în ultima zi a 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, raportate și validate conform contractului de furnizare de servicii de la data de 1 aprilie 2017 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 până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.”
 - ✓ Pentru situațiile care conduc la suspendarea contractului de furnizare de **consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat**, s-a precizat că pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.
- Pentru îngrijiri la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu
- ✓ Tariful maximal pe o zi de îngrijire la domiciliu a fost majorat la **60 lei** (față de 55 lei) pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4, respectiv la **55 lei** (față de 50 lei) pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 3.
Tariful maximal pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu a fost majorat la **70 lei** (față de 65 lei) pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4, respectiv la **65 lei** (față de 60 lei) pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 3.
 - ✓ Pentru claritate s-a precizat că în tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse nu numai costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu ci și **costurile de transport la domiciliul asiguratului**.

▪ **Pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu:**

- ✓ În cazul prescrierii electronice on-line și off-line, pentru situațiile prevăzute la art. 200 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, farmaciile eliberează medicamentele în regim off-line. Pentru aceste situații s-a precizat că farmacia completează componenta eliberare off-line a prescripției și **listează două exemplare pe suport hârtie cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului și cu semnătura asiguratului sau a persoanei care ridică medicamentele; un exemplar se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) și un exemplar se înaltează casei de asigurări de sănătate.**
- ✓ Urmare a faptului că a fost eliminată veriga intermediară administrativă reprezentată de aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate pentru prescrierea unor medicamente s-a introdus următoarea reglementare:
"Formularele pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate aferente protocoalelor terapeutice pentru medicamentele notate cu $(^{**})^1$, $(^{**})^1\Omega$ și $(^{**})^1\beta$ în Lista 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, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului, și a metodologiei de transmitere a acestora în PIAS se aproba prin ordin al președintelui CNAS și se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro."
- ✓ Au fost coroborate reglementările privind conținutul facturilor pentru medicamentele ce fac obiectul contractului cost-volum-rezultat cu cele ale OUG nr. 77/2011 astfel: „facturile se vor întocmi pentru prescripțiile medicale eliberate cu medicamentele ce fac obiectul contractului cost-volum-rezultat, cu excepția prescripțiilor medicale eliberate aferente pacienților pentru care nu a fost înregistrat rezultatul medical, astfel cum acesta a fost definit prin contractul cost-volum-rezultat, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate;"

▪ **Pentru dispozitive medicale în ambulatoriu:**

- ✓ S-au introdus și alte specialități care pot recomanda proteza de coapsă modulară cu manșon de silicon și proteza de gambă modulară cu manșon de silicon (acordate pentru amputație ca urmare a complicațiilor diabetului zaharat și ca urmare a afecțiunilor neoplazice la nivelul membrului inferior), respectiv: **chirurgie generală, chirurgie vasculară, chirurgie pediatrică, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice.**
- ✓ S-au introdus precizări referitoare la continuitatea taloanelor pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, astfel: "Începând cu cel de al doilea talon, decontarea dispozitivului medical acordat prin închiriere se face cu prima zi de valabilitate a talonului având în vedere continuitatea dintre taloanele aceleiași decizii."

Având în vedere cele de mai sus, supunem aprobării prezentul referat și proiectul de Ordin anexat.

SECRETAR GENERAL
GABRIEL FLORIN PUȘCĂU

p. DIRECTOR GENERAL
MIHAELA ION

ORDIN

privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017

Având în vedere Referatul de aprobare nr. 731428 din 01.03.2017 al Ministerului Sănătății și nr. D.G. 166 din 01.03.2017 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) și art. 291 alin. (2) din titlul VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

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

Art. 1. - Se aprobă Normele metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, prevăzute în anexele nr. 1 – 51, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. - Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 aprilie 2017. De la această dată se abrogă Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 477 și 477 bis din 27 iunie 2016, cu modificările și completările ulterioare.

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

Ministrul sănătății

FLORIAN DOREL BUDOG

p. Președintele Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate
RADU GHEORGHE TIBICHI

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MINIMAL ȘI DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală
- 1.2. supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic
- 1.3. consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lehoziei
- 1.4. consultațiile de planificare familială
- 1.5. servicii de prevenție
- 1.6. activități de suport

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

1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, indiferent dacă persoana neasigurată se află sau nu înscrisă pe lista unui medic de familie.

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

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

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

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

1.2.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspiciată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

1.3. Consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lehoziei:

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

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

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

1.3.1. În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare pentru testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, precum și consiliere pre și post testare HIV și lues a femeii gravide.

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

1.4. Consultațiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială constau în:

- a) consilierea persoanei privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive.

1.4.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b); se decontează două consultații pe an calendaristic, pe persoană.

1.5. Serviciile de prevenție - consultație preventivă:

Consultația preventivă pentru persoanele în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate se acordă o dată la 3 ani și cuprinde:

- a. consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic);
- b. recomandare pentru examene paraclinice pentru încadrarea într-o grupă de risc;
- c. sfat medical, recomandări regim igienico-dietetic.

Consultația se poate efectua la solicitarea persoanei beneficiară de pachet minimal de servicii medicale sau la solicitarea medicului de familie - pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista medicului de familie.

1.6. Activitățile de suport - examinare pentru constatarea decesului cu sau fără eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform Ordinului ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale.

NOTĂ: Se decontează un serviciu - consultație - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui neasigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport altele decât cele de la pct. 1.6.

B. PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale curative pentru urgențe medico-chirurgicale, afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice și pentru afecțiuni cronice
- 1.2. servicii medicale de prevenție și profilaxie
- 1.3. servicii medicale la domiciliu
- 1.4. servicii medicale adiționale
- 1.5. activități de suport
- 1.6. servicii de administrare de medicamente

1.1. Servicii medicale curative pentru urgențe medico-chirurgicale, afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice și pentru afecțiuni cronice

1.1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului

sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu.

1.1.1.2. Pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată 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 la cabinet sau la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultații la domiciliu.

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

1.1.2. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice, care cuprinde:

- a. anamneza, examenul clinic general;
- b. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- c. recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare;
- d. manevre de mică chirurgie, după caz;
- e. stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- f. bilet de trimitere pentru consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie;
- g. recomandare pentru tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu sau în sanatorii balneare, după caz;
- h. recomandare pentru tratament de recuperare în sanatorii și preventorii, după caz;
- i. recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, după caz;
- j. recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;

1.1.2.1. Consultațiile la cabinet pentru afecțiuni acute/subacute sau acutizările unor afecțiuni cronice se vor acorda conform recomandărilor medicale, iar la domiciliu se au în vedere și prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecțiuni cronice/asigurat se decontează maxim două consultații.

NOTĂ: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate, precum și data și perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripție medicală și tratamentul prescris, dacă este cazul.

1.1.3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru:

- a) supravegherea evoluției bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicațiilor;
- d) educația asiguratului privind autoîngrijirea.

1.1.3.1. Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către

medic și în condițiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecțiunile cronice/asigurat se decontează o consultație pe lună.

1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astmul bronșic; boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boala cronică de rinichi.

1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) Evaluarea inițială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include 3 consultații la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului, recomandare pentru investigații paraclinice, bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;

b) Monitorizarea pacientului cuprinde 2 consultații programate care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament și o nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor țintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice; inițierea intervențiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor țintă specifice cazului.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneza; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, ascultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; bilet de trimitere pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice în vederea efectuării: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinina serică, microalbuminurie, EKG;

Intervențiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică; intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viață și/sau terapie medicamentoasă; educație pentru auto - îngrijire.

NOTĂ: Pentru inițierea și ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice.

b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanțul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluției afecțiunii - screening-ul complicațiilor/afectarea organelor țintă; tratament/ajustarea medicației, după caz.

NOTĂ: Pentru tratamentul și ajustarea medicației cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; bilet de trimitere - management de caz, pentru investigații paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinina serică, microalbuminurie, EKG, dozare proteină urinară, în funcție de nivelul de risc; bilet de trimitere - management de caz, în funcție de nivelul de risc pentru consultație de specialitate la cardiologie, medicină internă, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igieno-dietetice și educație pentru auto-îngrijire.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

I. Nivel de risc scăzut: SCORE < 1 plus 155 < LDL-C < 190 mg/dl și/sau 140/90 < TA < 160/99 (TAS și/sau TAD)

II. Nivel de risc mediu: SCORE < 5 plus LDL-C > 70 mg/dl și/sau 160/90 < TA < 179/109 și/sau 1 - 2 FRS

III. Nivel de risc înalt și foarte înalt: SCORE > 5 și/sau LDL-C > 100 mg/dl și/sau TA > 180/110, și/sau afectarea organelor țintă, și/sau boală renală și/sau prezența concomitentă a DZ și/sau ≥ 3 FRS

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: stratificarea nivelului de severitate; întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; trimitere pentru investigații paraclinice/explorări funcționale: hemoleucogramă completă, spirometrie, peak-flowmetrie, radiografie pulmonară; trimitere pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz;

Inițierea intervențiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viață - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1. Pentru astm bronșic - ținta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile:

a.1.1. - astm bronșic controlat - limitarea simptomelor diurne și a consumului de beta2 agonist la nevoie în ≤ 2 ocazii/săptămână, absența simptomelor nocturne, fără limitarea activității, funcție pulmonară normală, absența exacerbărilor;

a.1.2. - astm bronșic parțial controlat - limitarea simptomelor diurne și a consumului de beta2 agonist la nevoie în > 2 ocazii/săptămână, prezența simptomelor nocturne, funcție pulmonară < 80% din valoarea cea mai bună (sau prezisă), cu limitarea activității, cu una/mai multe exacerbări în ultimul an;

a.1.3. - astm bronșic necontrolat - trei sau mai multe caracteristici de astm bronșic parțial controlat prezente în orice săptămână plus o exacerbare.

Inițierea medicației la pacientul nou diagnosticat se face cu medicație de treapta II sau III, funcție de intensitatea simptomelor.

a.2. Pentru BPOC - ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1. - toți pacienții: educație intensivă pentru renunțare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viață, vaccinare antigripală;

a.2.2. - toți pacienții cu BPOC confirmați spirometric și încadrați în stadiul de severitate I - II cu dispnee - inițiere terapie de linia I (bronhodilatator cu durată scurtă de acțiune - uneori) sau de linia II (bronhodilatator cu durată lungă de acțiune - dacă este necesar)

a.2.3. - bilet de trimitere la medicul de specialitate - pacienții cu BPOC confirmați spirometric și încadrați în stadiul de severitate III și IV pentru inițiere terapie combinată respectiv oxigenoterapie sau/și pacienți cu suspiciune de BPOC, pentru confirmare diagnostică.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii și identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educația pacientului privind boala, evoluția ei, înțelegerea rolului diferitelor clase de medicamente și a utilizării lor, înțelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunțarea la fumat; evaluarea compliancei la tratament și ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronșic - ținta terapeutică - controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC - ținta terapeutică - renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii și prevenirea exacerbărilor.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: anamneza, factori declanșatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; bilet de trimitere - management de caz, în funcție de severitate - pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru stabilirea severității/nivelului de control și monitorizarea evoluției astmului bronșic și BPOC: spirometrie, hemoleucogramă completă și dacă se

suspectează complicații - radiografie pulmonară, după caz; bilet de trimitere - management de caz, în funcție de severitate - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz.

Educația pacientului: sfaturi pentru modificarea stilului de viață: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere/vaccinare antigripală.

Evaluarea compliancei la recomandările terapeutice, cu atenție sporită la compliancea la medicamente și verificarea la fiecare vizită a înțelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente și a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea gradului de risc în funcție de filtratul glomerular, albuminurie și boala renală primară; stabilirea obiectivelor terapeutice și întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) și inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză (antecedente familiale și personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectării renale și al co-morbidităților relevante); examen clinic complet; bilet de trimitere pentru investigații paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, examen sumar de urină, albumină/creatinină urinară, ecografie de organ - renală; bilet de trimitere pentru consultație de specialitate la nefrolog a pacienților cu risc mediu-mare (raport albumină/creatinină peste 300 mg/g, eRFG mai mic de 45 mL/min sau hematurie microscopică de cauză non-urolologică), hipertensiune arterială necontrolată.

Inițierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viață: renunțare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică; tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului eRFG și al dislipidemiei, după caz; educația pacientului pentru auto-îngrijire.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență: bilanțul periodic al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină urinară, declin eRFG); revizuirea medicației (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenței la programul terapeutic (dietă, medicație); bilet de trimitere - management de caz, pentru investigații paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, albumină/creatinină urinară; bilet de trimitere - management de caz, pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie.

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice sunt:

1.2.1. Consultațiile preventive sunt consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani privind:

- a. creșterea și dezvoltarea;
- b. starea de nutriție și practicile nutriționale;
- c. depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă și sex, conform anexei nr. 2 C la ordin.

1.2.1.1. Frecvența efectuării consultațiilor se va realiza după cum urmează:

- a) la externarea din maternitate și la 1 lună - la domiciliul copilului;
- b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;
- c) o dată pe an de la 4 la 18 ani.

NOTA 1: În cadrul consultațiilor preventive copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, beneficiază anual de investigații paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultațiile preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigații. Biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenției.

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

a. Vârsta cuprinsă între 2 ani și 5 ani inclusiv:

1. Pentru screeningul anemiei:
 - Hemoleucograma completă
 - Sideremie
2. Pentru screeningul rahitismului:
 - Calciu seric total
 - Calciu ionic seric

- Fosfor
 - Fosfatază alcalină
- b. Vârsta cuprinsă între 6 ani și 9 ani inclusiv

Pentru screeningul sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- Proteine totale serice
- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

c. Vârsta cuprinsă între 10 ani și 17 ani inclusiv

1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

2. Pentru screening BTS (după începerea vieții sexuale)

- VDRL sau RPR

NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează fără recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situația în care VDRL sau RPR este pozitiv.

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

- a) luarea în evidență în primul trimestru; se decontează o consultație;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a se decontează o consultație/lună. În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;
- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; se decontează două consultații/lună;
- d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu; se decontează o consultație;
- e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere; se decontează o consultație.

1.2.2.1. În cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, consiliere pre și post testare HIV și lues a femeii gravide, precum și alte investigații paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.

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

1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală - fără semne de boală - se vor realiza după cum urmează:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani - o dată la 3 ani calendaristici, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 C la ordin. Se decontează

maxim 2 consultații/asigurat în anul în care se realizează evaluarea riscului individual. Pentru persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani depistate cu risc înalt, consultațiile preventive de evaluare se acordă anual, conform prevederilor de la punctul 1.2.3.2. și se decontează maxim 2 consultații/asigurat, anual.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani, anual - pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 C la ordin. Se decontează maxim 2 consultații/asigurat, anual.

NOTA 1: În cadrul consultațiilor preventive asigurării asimptomatici cu vârsta peste 18 ani, anual respectiv odată la 3 ani, beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigații. Biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenției.

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

a. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 ani

- Hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică

b. pentru femeia cu vârsta între 18 și 39 ani care planifică o sarcină

- VDRL sau RPR

c. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste

- Hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică
- PSA la bărbați
- TSH și FT4 la femei

NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează fără recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situația în care VDRL sau RPR este pozitiv.

1.2.4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la H.G. nr. 1186/2000.

1.2.4.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

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

1.2.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b); se acordă maximum două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

1.3. Consultațiile la domiciliu sunt acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu. Consultațiile la domiciliu se acordă asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate

temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor cu vârsta 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase și lehzelor.

Se consideră consultație la domiciliu, inclusiv consultația - examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.3.1. Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie se decontează astfel: maximum 2 consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum 4 consultații/an pentru bolile cronice și o consultație pentru fiecare situație de urgență. Informațiile medicale se înregistrează în fișa medicală.

1.3.2. Consultațiile acordate la domiciliul asiguraților - maximum 42 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de 3 consultații pe zi.

NOTA: consultațiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultații la domiciliu, care va conține data și ora consultației, numele, prenumele, semnătura asiguratului sau aparținătorului, după caz, pentru situația în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.

1.4. Serviciile medicale adiționale reprezintă servicii care se oferă opțional în cabinetele medicilor de familie, exclusiv asiguraților de pe lista proprie. Aceste servicii sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare, iar medicul de familie are competență dobândită prin parcurgerea unui program educațional specific, certificat suplimentar, după caz.

1.4.1. Serviciile adiționale sunt:

- a) efectuare și interpretare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate
- b) ecografie generală - abdomen și pelvis

NOTA 1*): 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 prevăzute în anexa 20 la ordin.

NOTA 2: Numărul maxim de ecografii generale, examene EKG - efectuare și interpretare ce pot fi efectuate și acordate într-o oră, nu poate fi mai mare de 3.

1.5. Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente:

- concediu medical,
- bilete de trimitere,
- prescripții medicale,
- adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri,
- acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului, conform Legii asistenței sociale nr. 292/2011, cu modificările și completările ulterioare
- adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate - eliberate la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolarilor și elevilor și numai la înscrierea în fiecare ciclu de învățământ și avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform Ordinului ministrului educației, cercetării, tineretului și sportului și al ministrului sănătății nr. 5298/1668/2011 pentru aprobarea Metodologiei privind examinarea stării de sănătate a preșcolarilor și elevilor din unitățile de învățământ de stat și particulare autorizate/acreditate, privind acordarea asistenței medicale gratuite și pentru promovarea unui stil de viață sănătos, cu modificările și completările ulterioare
- certificat medical constatator al decesului, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform Ordinului ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale.

NOTA 1: Activitățile de suport sunt consecință a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

NOTA 2: Se decontează un serviciu - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat înscris pe lista medicului de familie.

1.6. Servicii de administrare de medicamente - intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil, după caz, acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet.

C. PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII.

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A punctul 1, subpunctele 1.1 și 1.2 și la lit. B, punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 din prezenta anexă.

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

3. 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 lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2 din prezenta anexă sau de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

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

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

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

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

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

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

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

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

În acest sens medicii de familie atașează la fișa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de persoane instituționalizate - copii încredințați sau dați în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire și asistență - sau persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii.

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

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

Pentru medicii nou veniți care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de maximum 3 luni - după încetarea convenției încheiată pentru maxim 3 luni, pentru prima lună de

contract se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la data încheierii contractului.

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 de familie pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană este de 1.800.

4. Pentru un număr de 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care se contractează cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistența medicală primară este de 35 de ore pe săptămână. În situația în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200 programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi și/sau se poate modifica în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b) cu asigurarea numărului de consultații la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1 la ordin.

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

5. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și numărul de puncte "per capita"/an depășește 18.700 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează:

- cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 18.701 - 22.000;
- cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000;
- cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă și pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială/zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la art. 1 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, se reduce după cum urmează:

- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 18.700, dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;

- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 25%;

- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 50%;

- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 30.000 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 75%;

b) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană - în condițiile prevederilor art. 11 de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleași condiții ca și medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniți, cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) și (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, privind numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană - în condițiile prevederilor art. 11 de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, se stabilește conform lit. a).

c) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană - în condițiile prevederilor art. 14 capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, chiar dacă la sfârșitul celor 3 luni pentru care au avut încheiată convenție de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane asigurate prevăzut la art. 1 alin. (3) și alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care și-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniți au obligația ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate încetează la expirarea celor 3 luni, cu excepția situațiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor art. 1 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la actul normativ mai sus menționat. Lista de persoane asigurate înscrise care se ia în calcul pentru continuarea relației contractuale este cea prezentată de medicul de familie la sfârșitul celor 3 luni.

Dacă după prelungirea relației contractuale se constată, odată cu validarea listei de persoane asigurate înscrise, că nu este îndeplinită condiția privind numărul minim de persoane asigurate înscrise, contractul poate înceta în condițiile art. 1 alin. (6) de la capitolul I din anexa nr. 2 din actul normativ mai sus menționat.

Pentru cele 3 luni de contract în care medicul nou-venit are obligația de a înscrie numărul minim de persoane asigurate prevăzut la art. 1 alin. (3) și alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 din actul normativ mai sus menționat, venitul se stabilește conform lit. a). Se consideră medic nou-venit într-o localitate, medicul de familie care solicită pentru prima dată intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în localitatea respectivă, inclusiv medicii care și-au desfășurat activitatea ca medici angajați într-un cabinet medical individual aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate respectivă.

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

1. în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice din mediul rural și din mediul urban - pentru orașele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea.

Pentru cabinetele medicale/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară din mediul rural și din mediul urban pentru orașele cu un număr de sub 10.000 de locuitori din aria Rezervației Biosferei Delta Dunării se aplică un procent de majorare de 200%.

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

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

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

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

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

e) Serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.2.4, 1.2.5, 1.5, cu excepția consultației la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului constatator de deces și 1.6 din anexa nr. 1 la ordin, precum și consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3 și 1.3 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depășesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), sunt incluse în plata "per capita".

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

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

DENUMIRE SERVICIU MEDICAL	FRECVENȚĂ/PLAFON	NR. PUNCTE
A. Pachet minimal		
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală	1 consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență	5,5 puncte/consultație
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	1 consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie	5,5 puncte/consultație
3. Monitorizarea evoluției sarcinii și leuziei		
a) luarea în evidență în primul trimestru;	1 consultație	5,5 puncte/consultație
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;	1 consultație pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultații pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;	1 consultație	5,5 puncte/consultație

4. Servicii de planificare familială	2 consultații/an calendaristic/persoană	5,5 puncte/consultație
5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte/examinare pentru constatarea decesului
6. Servicii de prevenție		
Consultația preventivă	1 consultație o dată la 3 ani calendaristici	5,5 puncte/consultație
B. Pachet de bază		
1. Serviciile medicale preventive și profilactice acordate asiguraților cu vârsta 0 - 18 ani		
a) - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
b) - la 1 lună - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și 36 luni	1 consultație pentru fiecare din lunile nominalizate	5,5 puncte/consultație
d) - de la 4 la 18 ani	1 consultație/an/ asigurat	5,5 puncte/consultație
2. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei		
a) luarea în evidență în primul trimestru;	1 consultație	5,5 puncte/consultație
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;	1 consultație pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultații pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;	1 consultație	5,5 puncte/consultație
3. Evaluarea riscului individual la adultul asimptomatic		
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani	2 consultații/asigurat o dată la 3 ani calendaristici pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultație
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt	1 - 2 consultații/ asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultație
c) asigurați cu vârsta > 40 ani	1 - 2 consultații/ asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultație
4. Servicii medicale curative		
a) Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice	2 consultații/asigurat/ episod	5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)

b) Consultații periodice 1 consultație/asigurat/ pentru îngrijirea generală lună a asiguraților cu boli cronice		5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
c) Management de caz:		
c.1) evaluarea inițială a cazului nou		
c.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;
c.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;
c.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. c.1.1), c.1.2) și c.1.3)
c.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultații în cadrul monitorizării managementului de caz	6 puncte/consultație în cadrul monitorizării - management de caz; Se raportează fiecare consultație odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultații este de 60 de zile; O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive, calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.
5. Servicii la domiciliu:		
a) Urgență	1 consultație pentru fiecare situație de urgență	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)

b) Episod acut/subacut/ acutizări ale bolilor cronice	2 consultații/episod	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
c) Boli cronice	4 consultații/an/ asigurat	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscrși pe lista proprie		
d.1) evaluarea inițială a cazului nou		
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. d.1.1), d.1.2) și d.1.3)
d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultații în cadrul cadrului monitorizării managementului de caz	16 puncte/consultație în cadrul monitorizării-management de caz; - Se raportează fiecare consultație odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultații este de 60 de zile; - O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

e) Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului constator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte/examinare pentru constatarea decesului, care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3).

a.1) În raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

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

a.2) În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției. Pentru cabinetele medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului angajat.

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

- timpul mediu/consultație în cabinet 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. 4;

Pentru un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical, se ia în calcul o medie de 20 de consultații/zi calculată în cadrul unui trimestru, dar nu mai mult de 40 de consultații/zi.

- maximum 3 consultații la domiciliu/zi dar nu mai mult de 42 consultații pe lună.

c) Serviciile cuprinse la litera A și litera B subpunctele 1.1.4, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3 și 1.5 pentru consultația cu sau fără eliberarea certificatului constator de deces din anexa nr. 1 la ordin, precum și consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3 și 1.3 din anexa nr. 1 la ordin care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b), sunt incluse în plata pe serviciu medical, iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat în puncte.

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

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

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

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

d) recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicul de familie aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa nr. 31 C la ordin, ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status.

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

În situația în care preluarea activității se face de către medici aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se asigură prelungirea corespunzătoare a programului de activitate al medicului înlocuitor, în funcție de necesități.

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

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

(3) Pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare, înlocuirea medicului absent se poate face și pe bază de reciprocitate între medici, cu condiția ca medicul înlocuitor să-și desfășoare activitatea în aceeași localitate cu medicul înlocuit sau în zonă limitrofă, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru în funcție de necesități. Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigurări de sănătate, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, un exemplar al convenției de reciprocitate conform modelului prevăzut în anexa 4 la ordin și va afișa la cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an calendaristic.

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

(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, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 6 Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct "per capita" și a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anul 2017 are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 183 alin. (3) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, inclusiv suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior;

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

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

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

3. 50% pentru plata "per capita" și 50% pentru plata pe serviciu medical, după ce s-au reținut sumele ce rezultă potrivit prevederilor de la pct. 1 și pct. 2.

ART. 7 Pentru calculul trimestrial al valorii definitive a unui punct per capita și pe serviciu medical, fondul anual aferent asistenței medicale primare, din care se scade suma corespunzătoare art. 6 pct. 1, se defalchează pe trimestre.

ART. 8 (1) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 4,8 lei, valabilă pentru anul 2017.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 2,2 lei, valabilă pentru anul 2017.

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

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

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

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

ART. 9 (1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulțirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate și a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

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

ART. 10 Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate în format electronic, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prevederilor contractului-cadru și a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage

după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor cuvenite pentru activitatea desfășurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

ART. 11 Persoanele înscrise care doresc să își schimbe medicul de familie și persoanele care nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie și care doresc să se înscrie, vor adresa o cerere de înscriere prin transfer/cerere de înscriere, ale căror modele sunt prevăzute în anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă, după caz. Înscrierea/înscrierea prin transfer pe lista unui medic de familie, se face pe baza cererii de înscriere/cererii de înscriere prin transfer și a cardului național de asigurări sociale de sănătate. Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat, precum și pentru copii 0 - 18 ani, înscrierea/schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere/de înscriere prin transfer.

Pentru situațiile de înscriere prin transfer, medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă, e-mail, fax), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligația să transmită fișa medicală în copie certificată prin semnătură și parafă că este conform cu originalul, prin poștă, e-mail, fax/prin asigurat, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează originalul fișei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 12 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor bănești cuvenite medicului de familie.

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

(3) Eventualele erori de validare se regularizează trimestrial la nivelul caselor de asigurări de sănătate și se comunică în format electronic furnizorilor.

ART. 13 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de familie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor de familie la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 14 (1) În aplicarea art. 17 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înțelege absența nemotivată de la programul de lucru afișat și prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea desfășurată în cabinetul medical.

(2) Absența motivată se ia în considerare pentru situațiile prevăzute la art. 3 alin. (2), precum și pentru următoarele situații: citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective, cu condiția numirii unui înlocuitor pe bază de convenție de reciprocitate sau convenție de înlocuire, ale cărui număr de telefon și adresă vor fi afișate

la cabinetul medical, precum și în cazul participării la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România. Pentru aceste situații medicii de familie trebuie să depună la casa de asigurări de sănătate copia documentelor justificative. În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați.

ART. 15 Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, care au competența și dotarea necesară, ecografii generale (abdomen și pelvis) și/sau EKG, la tarifele și în condițiile asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

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

Numărul de investigații paraclinice contractat nu poate depăși 3 investigații pe oră, cu obligația încadrării în valoarea contractată.

Serviciile medicale paraclinice se execută în cadrul programului de lucru prelungit corespunzător, cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a, pct.4, art. 1 alin. (3), lit. b) și art. 15 din Anexa 2.

ART. 16 Medicii de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate acordă servicii medicale pe baza unei programări, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ART. 17 La contractare furnizorul depune lista cu asigurații înscriși pe lista proprie a fiecărui medic de familie, aflați în evidență cu următoarele boli cronice: HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astmul bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boala cronică de rinichi, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 D la ordin. Lunar se raportează modificările intervenite/mișcarea lunară/intrări/iesiri, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

I. CERERE DE ÎNSCRIERE**- model -**

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

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a) _____, cetățenie _____,

C.N.P. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/cod unic de asigurare

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, data nașterii _____,
 domiciliat(ă) în _____ str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____,
 ap. _____, jud./sector _____, act de identitate _____, seria _____, nr. _____,
 eliberat de _____, la data _____, telefon _____,
 solicit înscrisura mea pe lista dumneavoastră.

Declar pe propria răspundere
 că nu sunt înscris(ă) pe lista unui medic de familie. |_|_|

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

Data: / /

Semnătura:

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

II. CERERE DE ÎNSCRIERE PRIN TRANSFER

- model -

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

Domnule/Doamnă Doctor,

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

Declar pe propria răspundere:**)

1. Nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere.

2. Solicit înscrierea mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere deoarece:

- a survenit decesul medicului pe lista căruia sunt înscris(ă) |_
- medicul de familie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate/contractul medicului de familie a fost suspendat |_
- a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia sunt înscris(ă) |_
- mi-am schimbat domiciliul din localitatea, județul, în localitatea județul |_
- a survenit încetarea arestului preventiv |_
- a survenit înlocuirea arestului preventiv cu arest la domiciliu sau control judiciar |_
- a survenit încetarea pedepsei privative de libertate |_
- perioada de amânare sau de întrerupere a executării unei pedepse privative de libertate |_
- arest la domiciliu |_

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă schimbarea domiciliului, încetarea arestului preventiv, înlocuirea arestului preventiv cu arest la domiciliu sau control judiciar, încetarea pedepsei privative de libertate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

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

Data: / /

Semnătura:

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

**) Se bifează una din situațiile în care se află asiguratul.

Furnizor de servicii medicale
Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a)*1) legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că lista cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2017 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de..... *2)

Subsemnatul(a)*3) legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere, că lista/listele cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2017 este valabilă/sunt valabile și conformă/conforme cu evidențele proprii existente la data de..... *4), pentru următorii medici de familie:

-
-
-

NOTĂ:

*1) Pentru cabinetele medicale individuale

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

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

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

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)

A. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU COPII PE GRUPE DE VÂRSTĂ ȘI SEX

Consultațiile preventive sunt consultații periodice active, oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani și au ca scop identificarea și intervenția în tulburările de creștere și dezvoltare și în riscurile modificabile specifice pe grupe de vârstă/sex.

Evaluarea complexă a copilului pe grupe de vârstă/sex va cuprinde următoarele:

a. Consultația preventivă a nou-născutului la externarea din maternitate și la 1 lună

a1. - la externarea din maternitate:

- înregistrare, luare în evidență pentru probleme depistate la naștere;
- examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremități, morfologie generală, evaluarea hidratații;
- evaluarea alimentației, observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru alăptare eficientă;
- evaluarea condițiilor de igienă (sursă apă) și recomandări;
- verificarea efectuării în maternitate a screening-ului surdității;
- profilaxia rahitismului;
- consiliere și suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație);
- consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naționale și a vaccinurilor opționale;
- sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor și alte situații frecvente la această vârstă; consiliere și suport pentru stil de viață favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.

a2. - la 1 lună:

- măsurare: greutate (G), lungime (T), circumferința craniană - consemnare în graficele de creștere
- examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremități, morfologie generală, evaluarea hidratații;
- evaluare alimentație, observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru alăptare eficientă
- evaluarea condițiilor de igienă (sursă apă) și recomandări
- profilaxia rahitismului
- consiliere și suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație),
- consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naționale și a vaccinurilor opționale;
- sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor și alte situații frecvente la această vârstă,
- consiliere și suport pentru stil de viață favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă

b. Consultația preventivă a sugarului la vârsta de 2 și 4 luni cuprinde aceleași examinări ca la consultația de la 1 lună prevăzută la litera a.2, la care se adaugă:

- consemnare lungime și greutate pe graficele de creștere corespunzătoare și interpretarea tendințelor după scorul z (velocitatea creșterii)
- consemnare repere majore de dezvoltare motorie pe graficul pentru dezvoltarea neuropsihomotorie
- evaluarea practicilor nutriționale, întărirea mesajelor privind alăptarea și îngrijirea copilului (prevenirea accidentelor și recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere)
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutatea la naștere sub 2500 grame începând cu vârsta de 2 luni

c. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6, 9, 12, 15 și 18 luni cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca și consultația la 2 și 4 luni prevăzută la litera b, la care se adaugă:

- evaluare și consiliere privind alimentația complementară (grafic și tehnici de introducere alimente noi, asigurarea Dietei Minim Acceptabile conform OMS),
- continuarea alăptării recomandată de OMS până la vârsta de doi ani
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate la naștere peste 2500 grame, de la 6 luni până la 18 luni
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate la naștere sub 2500 grame, de la 2 luni până la 24 luni

- evaluarea dezvoltării dentiției, recomandări privind profilaxia cariei dentare, igiena orală, administrarea de fluor
- evaluare socio-emoțională
- evaluare și consiliere pentru activitatea fizică
- sfaturi de conduită pentru familie pentru: prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile frecvente la aceste vârste
- la copii de 12, 15 și 18 luni se vor identifica eventuale deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului, prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist. Chestionarul va fi aplicat adaptat vârstei.

Întrebări adresate părintelui:	Da	Nu	Uneori
Copilul dvs vă privește în ochi când vorbiți cu el?	0	2	1
V-ați gândit că nu aude normal?	2	0	1
Copilul dvs este dificil la mâncare?/Pare lipsit de apetit?	2	0	1
Întinde mâinile să fie luat în brațe?	0	2	1
Se opune când este luat în brațe de dvs?	2	0	1
Participă la jocul "cucu-bau"?	0	2	1
Zâmbește când dvs îi zâmbiți? - întrebare înlocuită la 24 luni cu întrebarea: Folosește cuvântul "mama" când vă strigă?	0	2	1
Poate să stea singur în pătuț când este treaz?	2	0	1
Reacționează întotdeauna când este strigat pe nume?/Întoarce capul când este strigat?	0	2	1
Observațiile medicului de familie			
Evită privirea directă/Nu susține contactul vizual	1	0	-
Evidentă lipsă de interes pentru persoane	1	0	-
După 24 de luni: stereotipii motorii (flutură mâinile, țopăie, merge pe vârfuri, se învâрте în jurul propriei axe, posturi inadecvate etc.)	1	0	-

Scor

Scor	Punctaj	Nivel de risc	Recomandări
Scor	0 - 6	Risc minim	Reevaluare peste 3 luni
Scor	7 - 9	Risc mediu	Reevaluare peste 3 luni
Scor	10 - 18	Risc sever	Trimitere către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică/neuropsihiatrie pediatrică

Medicul de familie parcurge toate întrebările, începând cu prima întrebare, va nota varianta de răspuns cea mai apropiată de comportamentul copilului menționată de către părintele/apartinătorul/tutorele legal al copilului și completează ultimele 3 coloane ale chestionarului cu punctajul corespunzător după observarea directă a comportamentului copilului.

La sfârșitul completării chestionarului efectuează adunarea scorurilor și bifează scorul în care se încadrează copilul în cauză.

Medicul de familie prezintă părintelui/apartinătorului/tutorei legal atitudinea terapeutică necesară ulterior.

În cazul în care copilul evidențiază un risc mediu sever, medicul explică părintelui/apartinătorului/tutorei legal necesitatea prezentării la medicul de specialitate psihiatrie pediatrică/neuropsihiatrie pediatrică pentru evaluare complexă și stabilirea terapiei comportamentale și/sau medicamentoase.

d. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani și 5 ani și cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera c, la care se adaugă:

- evaluarea practicilor nutriționale (anamneză nutrițională adresată părinților) și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos al întregii familii;
- continuă profilaxia rahitismului numai în perioadele reci ale anului (septembrie - aprilie);
- evaluarea dentiției și igiena orală, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare;
- evaluare și consiliere pentru activitatea fizică;
- evaluare și consiliere pentru dezvoltarea neuro-psiho-emoțională;
- screening-ul tulburărilor de vedere și măsurarea TA (cel puțin o dată în interval);
- sfaturi de conduită date mamelor și familiei pentru situații frecvente la această vârstă (prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile obișnuite vârstei, recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);

- revizuirea atentă a schemei de vaccinare a copilului și completarea acesteia după caz, efectuarea rapelului vaccinal la vârsta de 5 ani.

- identificarea eventualelor deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist; se efectuează conform literei c, la vârsta copilului de 2 ani și 3 ani.

Pentru un scor care indică un risc sever se recomandă trimiterea către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică/neuropsihiatrie pediatrică.

În cadrul consultațiilor preventive, copiii beneficiază de investigațiile paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. a) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații.

e. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6 ani, 7 ani, 8 ani și 9 ani, cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera d, la care se adaugă:

- screening-ul obezității prin utilizarea indicelui de masă corporală - (IMC)
- evaluarea dezvoltării pubertare - scala Tanner pentru identificare pubertate precoce
- mesaje de consiliere țintite pentru copii privind stilul de viață sănătos (activitate fizică, nutriție, prevenire accidente, uzul de substanțe)
- examenul de bilanț fundamental, la împlinirea vârstei de intrare în clasa pregătitoare, cu alcătuirea fișei de înscriere a copilului, care să cuprindă schema de vaccinare efectuată

În cadrul consultațiilor preventive copiii beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. b) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.

f. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 10 ani, 11 ani, 12 ani, 13 ani, 14 ani, 15 ani, 16 ani și 17 ani cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera e, la care se adaugă:

- consiliere și screening BTS, la cei cu comportament la risc
- recomandare VDRL sau RPR,
- screening-ul depresiei
- informarea fetelor și părinților privind beneficiile vaccinării opționale anti-HPV/indicație vaccinare HPV
- consiliere privind stilul de viață sănătos: activitate fizică, nutriție, prevenire accidente, fumat, alcool, droguri, violență
- consiliere pentru planificare familială (adolescenți care au început viața sexuală)

În cadrul consultațiilor preventive copiii beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. c) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.

B. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU ADULȚI ASIMPTOMATICI

Consultația de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate afecțiunilor cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, cancer, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii.

Evaluarea complexă a riscului individual în funcție de vârstă/sex se realizează prin consultație și/investigații specifice consemnate în riscogramă.

B1. Consultații preventive de evaluare a riscului individual a adultului asimptomatic cu vârsta între 18 și 39 ani

În cadrul consultațiilor preventive asigurații asimptomatici beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. a) și b) și nota 2 de la pct. 1.2.3. din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care LDL colesterol este mai mare de 160 mg fără tratament și LDL colesterol este mai mare de 115 mg cu tratament se recomandă consult de specialitate.

Riscograma va cuprinde următoarele:

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)

Consemnarea statusului curent privind:

- fumatul (pachete/an)
- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat
- activitatea fizică
- dieta
- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzute la punctul 2;
- încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
- aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;
- includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE ≥ 5 sau factori individuali crescuți)

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

1. Factorii de risc

- la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, < 65 ani la femei) și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic
- colesterolul total, LDL colesterol și glicemia pentru persoane care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30, istoric familial de deces prematur prin boală cardiovasculară și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic
- creatinina serică - toate persoanele cu TA > 140/90

2. Calcularea și comunicarea riscului relativ utilizând Diagrama SCORE de mai jos:

		Nefumător					Fumător				
		d	d	d	c	c	c	c	c	b	b
Tensiune arterială sistolică (mmHg)	180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
		e	d	d	d	d	d	c	c	c	c
	160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
		f	e	e	e	d	d	d	d	c	c
	140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
		f	f	f	e	e	e	e	d	d	d
	120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8

(C) 2007 ESC

- b - roșu închis
- c - roșu
- d - portocaliu
- e - galben
- f - verde

NOTĂ: Sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu următoarele afecțiuni: boala cardiovasculară deja cunoscută, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronică renală sau nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară și necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultațiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă
- expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viață

2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

• includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colorectal, ovarian etc.)

• intervenții preventive scadente la populația cu risc normal:

- femei 25 - 39 ani - data ultimului test Babeș-Papanicolau

d. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

d.1. Factorii de risc:

d.1.1. antecedente personale și heredocolaterale de adicție la rudele de gradul I prin filiație directă

d.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizând chestionarul standardizat cu 3 întrebări pentru depistarea consumului problematic de alcool.

Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)

Întrebări:

1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
- d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
- e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

- a. una sau două - 0 puncte
- b. trei sau patru - 1 punct
- c. cinci sau șase - 2 puncte
- d. șapte sau nouă - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

*) o băutură standard conține 12 g alcool pur și este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tărie a 40 ml

3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. lunar - 2 puncte
- d. săptămânal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 - la bărbați și 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 întrebări indică un consum inadecvat.

d.2. Identificarea persoanelor cu risc înalt de depresie utilizând chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei de mai jos

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-ați pierdut interesul sau plăcerea pentru activitățile ☐ DA ☐ NU obișnuite în ultima lună?
2. V-ați simțit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima ☐ DA ☐ NU lună?

Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie și impune trimiterea la consultații de specialitate de psihiatrie.

2. În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool și riscul de depresie

3. Intervenții asupra riscurilor:

- Sfat minimal în ceea ce privește consumul inadecvat de alcool
- Selectarea cazurilor eligibile și trimitere pentru consiliere și consultații de specialitate

e. Identificarea unor riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii

e.1. Obiective:

- evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (18 - 39 ani)
- planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (18 - 39 ani)
- evitarea riscurilor de infecții de boli cu transmitere sexuală la populația cu risc înalt

e.2. În riscogramă vor fi consemnate:

- la femei 18 - 39 ani: statusul privind intenția de sarcină, utilizarea unei metode de contracepție;
- femei și bărbați de toate vârstele: statusul privind situația de cuplu (partener stabil, partener nou, relații multiple)

e.3. Intervenție asupra riscurilor:

- femei 18 - 39 ani: consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate și nu folosesc nicio metodă contraceptivă; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifică o sarcină
- consiliere pentru comportament sexual responsabil (sex protejat)

B.2. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste

În cadrul consultațiilor preventive asigurații asimptomatici beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. c) și nota 2 de la pct. 1.2.3. din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații.

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)

- consemnarea statusului curent privind:
 - fumatul (pachete/an)
 - consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat, prevăzut la punctul B1 subpunctul d.1.2.
 - activitatea fizică
 - dieta

- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzută mai jos;
- încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
- aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;
- includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE $\geq$ 5 sau factori individuali crescuți)

- Persoane ≥ 40 ani: Risc global absolut (Diagrama SCORE - estimează riscul de eveniment cardiovascular fatal în următorii 10 ani)

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

1. Factorii de risc

- la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, < 65 ani la femei) și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- colesterolul total pentru bărbații cu vârsta mai mare de 40 ani și femeile cu vârsta mai mare de 50 ani sau în post-menopauză. Repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o dată la 5 ani.
- glicemia pentru persoanele care prezintă următorii factori de risc: TA $> 140/90$, IMC > 30 istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic.
- creatinina serică - toate persoanele cu TA $> 140/90$

		FEMEI										BĂRBAȚI											
		Nefumătoare					Fumătoare					Nefumător					Fumător						
Tensi-	65	c	c	c	b	b	b	a	a	a	a	b	a	a	a	a	a	a	a	a	a		
		7	8	9	10	12	13	15	17	19	22	14	16	19	22	26	26	30	35	41	47		
180		c	c	c	c	c	c	b	b	b	a	c	b	b	a	a	a	a	a	a	a		
		5	5	6	7	8	9	10	12	13	16	9	11	13	15	16	18	21	25	29	34		
160		d	d	d	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c	b	b	b	a	a	a	a		
		3	3	4	5	6	6	7	8	9	11	6	8	9	11	13	13	15	17	20	24		
140		e	e	d	d	d	d	c	c	c	c	d	c	c	c	c	c	b	b	b	a		
		2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	4	5	6	7	9	9	10	12	14	17		
120																							
		d	d	c	c	c	c	c	b	b	b	c	b	b	a	a	a	a	a	a	a		
180		4	4	5	6	7	8	9	10	11	13	9	11	13	15	18	18	21	24	28	33		
		d	d	d	d	c	c	c	c	c	c	c	c	c	b	b	b	b	a	a	a		
160		3	3	3	4	5	5	6	7	8	9	6	7	9	10	12	12	14	17	20	24		
		e	e	e	d	d	d	d	c	c	c	d	c	c	c	c	c	b	b	b	a		
140		2	2	2	3	3	3	4	5	5	6	4	5	6	7	9	8	10	12	14	17		
		f	f	e	e	e	e	d	d	d	d	d	d	d	c	c	c	c	c	b	b		
120		1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12		
180		e	e	d	d	d	d	c	c	c	c	c	c	c	b	b	b	b	a	a	a		
		2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	6	7	8	10	12	12	13	16	19	22		
160		f	e	e	e	d	d	d	d	d	c	d	c	c	c	c	c	c	b	b	a		
		1	2	2	2	3	3	3	4	4	5	4	5	6	7	8	8	9	11	13	16		
140		f	f	f	f	e	e	e	e	d	d	d	d	d	c	c	c	c	c	b			
		1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	5	6	5	6	8	9	11		
120		f	f	f	f	f	f	f	e	e	e	e	e	d	d	d	d	d	c	c	c		
		1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	8		
180		f	f	f	e	e	e	e	d	d	d	d	d	c	c	c	c	c	b	b	b		
		1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	7	7	8	10	12	14		
Tensi-		f	f	f	f	f	f	e	e	e	d	e	d	d	c	c	c	c	c	b			

S C O R E

a	15% sau
b	peste
c	10 -
d	14%
e	5 - 9%
f	3 - 4%
g	2%
	1%
	< 1%

une arte- rială sisto- lică (mmHg)	160	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3		2	3	3	4	5	5	6	7	8	10	Riscul de eveniment CV fatal la 10 ani în populațiile cu risc CV crescut		
		f	f	f	f	f	f	f	f	e		e	e	e	d	d	d	d	c	c	c				
	140	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	50	2	2	2	3	3	3	4	5	6	7			
			f	f	f		f	f	f	f	f		f	f	e	e	e	e	d	d	d	c			
	120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	2	2	2	2	3	3	4	5			
	180	g	g	g	g	g		g	g	g	f	f		f	f	f	e	e	e	e	d	d		d	
		0	0	0	0	0		0	0	0	1	1		1	1	1	2	2	2	2	3	3		4	
		g	g	g	g	g		g	g	g	g	g		f	f	f	f	f	f	e	e	e		d	
	160	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		1	1	1	1	1	1	2	2	2		3	
	g	g	g	g	g		g	g	g	g	g		g	f	f	f	f	f	f	f	e	e			
140	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	40	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2			
	g	g	g	g	g		g	g	g	g	g		g	g	f	f	f	f	f	f	f	f			
120	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	1	1	1	1	1	1	1	1			
		4	5	6	7	8		4	5	6	7	8		4	5	6	7	8		4	5	6	7	8	
		Coolesterol (mmol/l)																							
																			150		250				
																					200		300		
																							mg/dl		

(C) 2007 ESC

- a - maro
- b - roșu închis
- c - roșu
- d - portocaliu
- e - galben
- f - verde
- g - verde închis

2. Intervenții asupra riscurilor modificabile:

- persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate, după cum urmează:
 - pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% și mai mare 1% se formulează recomandări referitoare la stilul de viață evaluarea se va realiza anual.
 - pentru RCV ≤ 1% reevaluarea riscului total se realizează o dată la 3 ani.
- persoanele cu Risc SCORE ≥ 5% sau nivele înalte ale unui singur factor de risc se include în sistemul de management intensiv al riscului cardiovascular înalt (monitorizare activă prin consultații de management de caz).

NOTĂ: sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu următoarele afecțiuni: boala cardiovasculară deja cunoscută, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronică renală sau nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară și necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultațiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă
- expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viață
- antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerle incluse în programele naționale de sănătate

2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate
- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colo-rectal, ovarian etc.)

- intervenții preventive scadente la populația cu risc normal:

- femei 40 - 64 ani - data ultimului test Babeș Papanicolau

d. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

d.1. Factorii de risc:

d.1.1. antecedente personale și heredo-colaterale de adicție (rudele de gradul I prin filiație directă)

d.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizând chestionarul standardizat cu 3 întrebări pentru depistarea consumului problematic de alcool.

Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)

Întrebări:

1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
- d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
- e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

- a. una sau două - 0 puncte
- b. trei sau patru - 1 punct
- c. cinci sau șase - 2 puncte
- d. șapte sau nouă - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

*) o băutură standard conține 12 g alcool pur și este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tărie a 40 ml.

3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. lunar - 2 puncte
- d. săptămânal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 la bărbați și 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 întrebări indică un consum inadecvat.

d.2. Identificarea persoanelor cu risc înalt de depresie utilizând chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei de mai jos.

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-ați pierdut interesul sau plăcerea pentru activitățile | ☐ DA ☐ NU
obișnuite în ultima lună ?
2. V-ați simțit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima | ☐ DA ☐ NU
lună?

Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie și impune trimiterea la consultații de specialitate de psihiatrie.

În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool și riscul de depresie.

Intervenții asupra riscurilor:

- sfat minimal în ceea ce privește consumul inadecvat de alcool
- selectarea cazurilor eligibile și trimitere pentru consiliere și consultații de specialitate

e. Riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii

e.1. Obiective:

- evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (40 - 44 ani)
- consiliere privind planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (40 - 44 ani)
- evitarea riscurilor de infecții de boli cu transmitere sexuală la populația cu risc înalt

e.2. În riscogramă vor fi consemnate:

- La femei 40 - 44 ani: statusul privind intenția de sarcină, utilizarea unei metode de contracepție

e.3. Intervenție asupra riscurilor:

- Femei 40 - 44 ani - consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate și nu folosesc nicio metodă contraceptivă; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifică o sarcină

NOTĂ: În cadrul consultației preventive conform celor de mai sus, se pot elibera bilete de trimitere în ambulatoriu pentru specialitățile clinice, bilete de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru profilaxia anemiei la gravide și a rahitismului și anemiei la sugari, utilizând codul 999 din Clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală.

ANEXA 2 D

Casa de asigurări de sănătate

 Furnizorul de servicii medicale

 Localitate
 Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

Medic de familie/

(nume prenume)

CNP medic de familie/

LISTA PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE

Nr. crt.	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare/ Număr de identificare personal	Vârsta*)	Data intrării în evidența medicului de familie/
1. HTA			
1.			
2			
...			
2. Diabetul zaharat tip II			
1.			
2			
...			
3. Dislipidemie			
1.			
2			
...			
4. BPOC			
1.			
2			
...			
5. Astm bronșic			
1.			

2			
...			
6. Boală cronică de rinichi			
1.			
2			
...			

*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0 - 1 an se va completa vârsta în luni.

NOTE:

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.

2. În cazul medicului de familie, evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.

3. Formularul se transmite în format electronic la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.

4. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Data:

CONTRACT DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

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

și

Cabinetul medical de asistență medicală primară, organizat astfel:

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

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

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

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

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

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

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază și în pachetul minimal de servicii prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

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/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și 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 asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului

Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, înscrise pe lista proprie;

2., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, înscrise pe lista proprie;

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2017.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 161/2016.

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 autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 186 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; 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;

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

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI, lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii;

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

l) să țină evidența distinctă a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență;

m) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară după caz;

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

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

p) să aducă la cunoștința persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 188 alin. (1) - (3) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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 referitoare la actul medical și ale asiguratului referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgență, medicul de familie eliberează o scrisoare medicală în acest sens;

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

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie la care asiguratul nu dorește să fie înscris, prin eliminarea asiguratului de pe listă.

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

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

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

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

o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată pentru serviciile medicale decontate prin tarif pe serviciu medical decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista 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, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;

ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

t) 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/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ț) 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 în procesul de transmitere a datelor;

u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

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

w) să recomande asigurătorilor tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

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

y) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

aa) să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, în limita competenței profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

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

ac) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică;

ad) să înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora, dacă nu există altă opțiune;

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

af) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cardului național de asigurări sociale de sănătate și a cererii de înscriere prin transfer conform modelului și condițiilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare. Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat, precum și pentru copii 0 - 18 ani schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer. Asiguratul își poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni, în următoarele situații: decesul medicului pe lista căruia se află înscris, medicul de familie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate sau contractul este suspendat, în situația în care a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se afla înscris, în situația în care asiguratul își schimbă domiciliul dintr-o localitate în alta; Asiguratul își poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni și în situația în care asiguratul se află în arest preventiv, sau execută o pedeapsă privativă de libertate, la încetarea arestului preventiv al asiguratului și/sau înlocuirea acestuia cu arest la domiciliu sau control judiciar, la încetarea pedepsei privative de libertate a asiguratului, precum și în situația arestului la domiciliu ori în perioada de amânare sau de întrerupere a executării unei pedepse privative de libertate. Pe durata executării pedepsei privative de libertate sau a arestului preventiv serviciile medicale sunt asigurate de medicii de familie/medicină generală ce își desfășoară activitatea în cabinetele medicale ale unităților penitenciare sau ale aresturilor în custodia cărora se află asiguratul, acesta fiind înscris în această perioadă pe lista respectivului medic;

ag) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016. 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 al cărei model este prevăzut în norme;

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ah) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

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

aj) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiuni cronice pentru care se face management de caz și să raporteze în format electronic această evidență casei de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista, cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici. Condițiile desfășurării acestei activități sunt prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui

Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

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

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

am) să recomande servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor legale în vigoare;

an) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate / adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință / adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ao) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

ap) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

aq) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ar) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. aq) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalități de plată

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

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

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

1.2. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 11 de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare:

DA/NU

1.3. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 14 de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale, convenție încheiată pe o perioadă de maximum 3 luni:

DA/NU

Perioada de plată în condițiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016: de la până la

1.4. Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de lei, valabilă pentru anul 2017.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 se ajustează în raport:

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

b) cu gradul profesional:

- medic primar%;

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

*) Pentru cabinetele medicale/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară din mediul rural și din mediul urban pentru orașele cu un număr de sub 10.000 de locuitori din aria Rezervației Biosferei Delta Dunării se aplică un procent de majorare de 200%, indiferent de punctajul obținut potrivit Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.;

în condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

1.6. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și numărul de puncte "per capita"/an depășește 18.700 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează:

1.6.1. - cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 18.701 - 22.000;

1.6.2. - cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000;

1.6.3. - cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă și pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială/zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilite de către comisia prevăzută la art. 1 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, se reduce după cum urmează:

- pentru medicii de familie care au înscrși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 18.700, dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;

- pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 25%;

- pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 50%;

- pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 30.000 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 75%;

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016:

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunțate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de lei, valabilă pentru anul 2017.

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

a) Medic de familie

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Medic de familie angajat*)

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moașă

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/soră medicală/moașă

Numele, prenumele

Cod numeric personal

2.

c)

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

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

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

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract și nerespectarea art. 11 alin. (2) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

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

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. b), c), e) - h), j) - u), w), y), aa) - ae), ah), aj), al) și am), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 7 lit. ag), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente 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 unui punct 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 prevăzută la art. 7 lit. ap), se aplică următoarele sancțiuni

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(7) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (6), nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate 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 sumei potrivit prevederilor 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.

(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 cu aceeași destinație.

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

VII. Calitatea serviciilor

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

VIII. Răspunderea contractuală

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

IX. Clauză specială

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

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

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

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

X. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului

ART. 13 Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației 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/transmitere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

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) 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 în cazul căruia/căroră s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. z) și af) și a nerespectării obligației prevăzută la art. 6 alin. (2) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare;

j) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 9 alin. (3), (4) și (6) pentru oricare situație, precum și odată cu prima constatare, după aplicarea măsurii prevăzute la art. 9 alin. (5).

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

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 15 lit.

a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor asigurate 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 potrivit art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, pentru situațiile în care se justifică această decizie;

g) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă în cazul medicului de familie nou-venit care la expirarea celor 3 luni de la încheierea contractului nu a înscris numărul minim de asigurați conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția situațiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor art. 1 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, pentru situațiile în care se justifică această decizie.

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

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

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii

respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale 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. 2 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. x), 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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

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

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

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

XI. Corespondența

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

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

XII. Modificarea contractului

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

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

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

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

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

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

XIV. Alte clauze

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

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

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

Director executiv al
Direcției economice,
.....

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

Vizat
Juridic, Contencios
.....

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen și pelvis) și/sau efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate efectuate de medicii de familie. Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

Vizat

Casa de Asigurări de Sănătate

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

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

I. Părțile convenției de înlocuire:

Dr.,

(numele și prenumele)

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

Medicul înlocuit

(numele și prenumele)

și

Medic înlocuitor

(numele și prenumele)

Codul de parafă

Codul numeric personal

cu Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr.

II. Obiectul convenției:

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

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

III. Motivele absenței

1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an
2. vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an calendaristic
3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an
4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an
5. participări la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație medicală continuă, în scopul
 realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an

6. citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la
 instituțiile respective.

IV. Locul de desfășurare a activității

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

V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

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

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

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

2. Termenul de plată

3. Documentul de plată

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

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

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

Vizat,

Casa de Asigurări de Sănătate _____

CONVENȚIE DE RECIPROCIȚATE*)

încheiată în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul nr. / 2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017

I. Părțile convenției de reciprocitate:

Dr. _____, cu CNP _____, reprezentant legal al cabinetului medical _____, C.U.I. _____, cu sediul în localitatea _____, adresa cabinetului medical _____ județul _____, telefon: _____, având contractul nr. _____ de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate _____, în calitate de medic înlocuit.

și

Dr. _____, cu CNP _____, reprezentant legal al cabinetului medical _____, C.U.I. _____, cu sediul în localitatea _____, adresa cabinetului medical _____ județul _____, telefon: _____, având contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate _____ nr. _____, în calitate de medic înlocuitor.

II. Obiectul convenției:

Preluarea activității medicale în perioada _____, pentru un nr. de _____ zile lucrătoare.

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
5. participări la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an
6. citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective.

IV. Locul de desfășurare a activității:

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical _____, adresa cabinetului _____, medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru după necesități.

V. Obligațiile medicului înlocuitor:

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

VI. Prezența convenției de înlocuire a fost încheiată astăzi, _____, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. și câte un exemplar revine părților semnate.

Medic înlocuit,

Medic înlocuitor,

Precizări:

*) Convenția de reciprocitate se încheie pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare.

Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice, pe an calendaristic.

Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigurări de sănătate, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, un exemplar al convenției de reciprocitate și va afișa la cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea.

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

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

I. Părțile convenției de înlocuire:

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

pentru

Medicul înlocuit
(numele și prenumele)

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

.....
(numele și prenumele)
având codul numeric personal nr.

și

Medicul înlocuitor
(numele și prenumele)

Codul de parafă

Codul numeric personal

Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr. sau contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat cu casa de asigurări de sănătate nr.

II. Obiectul convenției

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

III. Motivele absenței:

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

IV. Locul de desfășurare a activității

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

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

V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

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

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

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

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

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

3. Termenul de plată

4. Documentul de plată

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

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

Director executiv al Direcției economice
.....

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

Vizat
Juridic, Contencios

Medicul înlocuitor,
.....

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

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

**) Pentru situația în care preluarea activității s-a făcut de către un medic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, programul de activitate al medicului înlocuitor se prelungește corespunzător, în funcție de necesități.

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

CONVENȚIE DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

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

și

Unitatea sanitară de asistență medicală primară, cu sau fără punct de lucru secundar, reprezentată prin, având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, și sediul punctului de lucru secundar în comuna, str. nr., telefon: fix/mobil, adresă de e-mail

II. Obiectul convenției

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 (1) Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

(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/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și 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 asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, înscrise pe lista proprie;

2., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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 autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii convențiilor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în convenție, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de încheiere a convențiilor a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 186 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin email la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; 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;

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

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice furnizorilor motivarea în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară după caz;

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

l) să aducă la cunoștința persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 188 alin. (1) - (3) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 5 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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 referitoare la actul medical și ale asiguratului referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgență, medicul de familie eliberează o scrisoare medicală în acest sens;

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

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie la care asiguratul nu dorește să fie înscris, prin eliminarea asiguratului de pe listă.

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 program asumat prin convenția încheiată cu casa de asigurări

de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

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

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

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

o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată pentru serviciile medicale decontate prin tarif pe serviciu medical decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista 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, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;

ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

t) 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/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ț) 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 în procesul de transmitere a datelor;

u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

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

w) să recomande asigurătorilor tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

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

y) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

aa) să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, în limita competenței profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

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

ac) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică;

ad) să înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora; dacă nu există o altă opțiune în acest sens;

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

af) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile

calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016. 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 al cărei model este prevăzut în norme;

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ag) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

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

ai) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice pentru care se face management de caz și să raporteze în format electronic această evidență casei de asigurări de sănătate, la sfârșitul primei luni - lista cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici. Condițiile desfășurării acestei activități sunt prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

aj) 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 casele de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor și care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

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

al) să recomande servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor legale în vigoare;

am) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

an) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normei metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ap) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

aq) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. ap) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalități de plată

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

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

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut de medic, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

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

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

a) Medic de familie nou-venit

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

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

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

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

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

b) Medic de familie nou-venit

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

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

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

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

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

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

c)

.....

ART. 7 (1) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în convenție, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit art. 14 din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 14 din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

(2) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 5 lit. b), c), e) - h), j) - u), w), y), aa) - ae), ag), ai), ak) și al), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în

domeniul sănătății, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 5 lit. af), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 14 din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea convenției se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente, că serviciile raportate conform convenției în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 14 din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 5 lit. ao), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit art. 14 din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 14 din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației prevăzută la art. 5 lit. ao) se constată de casele de asigurări de sănătate 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 sumei potrivit prevederilor 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.

(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 cu aceeași destinație.

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

VII. Calitatea serviciilor

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

VIII. Răspunderea contractuală

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

IX. Clauză specială

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

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

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

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea convenției

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

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației 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/transmitere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform convenției, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform convențiilor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform convenției în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) 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 în cazul căruia/căroră s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 5 lit. z) și a nerespectării obligației prevăzută la art. 6 alin. (2) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare;

j) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 7 alin. (1), (2) și (4) pentru oricare situație, precum și odată cu prima constatare, după aplicarea măsurii prevăzute la art. 7 alin. (3).

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

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

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

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

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

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

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

ART. 13 Convenția 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. 2 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. x), 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 convenției;

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

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

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

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

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

XI. Corespondența

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

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

XII. Modificarea convenției

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

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

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....
Director executiv al Direcției economice
.....
Director executiv al
Direcției relații contractuale,
.....
Vizat
Juridic, Contencios

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

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen și pelvis) sau efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate efectuate de medicii de familie. Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

1. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală
- 1.2. consultații pentru supravegherea și depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic
- 1.3. consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și lehoziei

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

1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic - include, după caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 1186/2000.

1.2.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspiciată și confirmată.

1.2.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3. Consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lehoziei - o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.

1.3.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie din ambulatoriu.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale, suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de specialitate.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

1. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale - consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală,
- 1.2. servicii medicale curative - consultații pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale bolilor cronice
- 1.3. servicii medicale curative - consultații pentru afecțiuni cronice
- 1.4. depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic
- 1.5. servicii de planificare familială

- 1.6. servicii diagnostice și terapeutice
- 1.7. servicii de sănătate conexe actului medical
- 1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii și lehoziei

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

1.1.1. Se decontează 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 excepția copiilor 0 - 18 ani pentru care se decontează maximum 2 consultații.

Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii. Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 16 ani, care se prezintă în regim de urgență la medicii din specialitățile clinice, aceștia pot elibera prescripții medicale pentru o perioadă de 3 zile.

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

1.1.2. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Consultația medicală de specialitate pentru afecțiuni acute și subacute precum și acutizări ale bolilor cronice, cuprinde:

a) anamneză, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

b) unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

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

d) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;

e) recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;

f) bilet de internare, după caz;

g) bilet de trimitere către alte specialități, după caz;

h) bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, după caz;

i) eliberare de concediu medical, după caz.

1.2.1. Pentru același episod de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice, pe un bilet de trimitere, se decontează maximum 3 consultații pe asigurat, într-un interval de maxim 60 de zile calendaristice de la data acordării primei consultații, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului, indiferent de codul de diagnostic stabilit de către medicul de specialitate din specialitățile clinice.

1.2.2. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite în anexa nr. 13, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

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

1.2.4. Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se decontează maximum două consultații pentru:

- a. urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării
- b. efectuarea unor manevre terapeutice
- c. după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului
- d. recomandări pentru investigații paraclinice considerate necesare, după caz.

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

1.2.4.2. Pentru situațiile prevăzute la punctul 1.2.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.3. Consultația medicală de specialitate pentru afecțiuni cronice, cuprinde:

a. anamneză, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

b. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

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

d. recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;

e. recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;

f. evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare.

g. bilet de trimitere către alte specialități/internare, după caz.

h. eliberare de concediu medical, după caz.

1.3.1. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu afecțiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiași specialități, se decontează pe un bilet de trimitere maximum 4 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună.

1.3.2. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite în anexa nr. 13 care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3.3. Prezentarea asiguratului la medicul de specialitate la solicitarea medicului, pentru a doua, a treia și a patra consultație în cadrul unui trimestru, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

1.3.4. Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se acordă maximum două consultații pentru:

- a. urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării
- b. efectuarea unor manevre terapeutice
- c. după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.
- d. recomandări pentru investigații paraclinice considerate necesare, după caz.

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

1.3.4.2. Pentru situațiile de la subpct. 1.3.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.3.5. Pentru asigurații care au bilet de trimitere de la medicul de familie - consultație management de caz, - în cadrul managementului integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet

zaharat tip 2, al bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și BPOC, al bolii cronice de rinichi, medicul de specialitate acordă consultație și efectuează în cabinet proceduri prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază pentru specialitățile clinice/recomandă investigații paraclinice suplimentare față de cele recomandate de medicul de familie. În biletul de trimitere pentru investigații paraclinice suplimentare recomandate de medicul de specialitate, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, se evidențiază "management de caz". Se decontează maximum 2 consultații/semestru dacă în biletul de trimitere este evidențiat "management de caz" pentru evaluarea bolilor cronice confirmate.

1.4. Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la H.G. nr. 1186/2000.

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

1.4.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- a) consilierea femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.
- c) evaluarea și monitorizarea statusului genito-mamar;
- d) tratamentul complicațiilor.

1.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la pct. 1.5. litera a) sau serviciile prevăzute la pct. 1.5 literele a) - d) și se decontează patru consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

1.5.2. Serviciile de planificare familială permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.6. Servicii diagnostice și terapeutice

Procedurile diagnostice și terapeutice, punctajul aferent și specialitățile care pot efectua serviciul în ambulatoriul de specialitate sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Denumire procedură diagnostică/terapeutică/tratamente/terapii	Specialități clinice care pot efectua serviciul respectiv
	A. Proceduri diagnostice simple: punctaj 10 puncte	
1	biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia*)	oftalmologie, neurologie și neurologie pediatrică numai pentru oftalmoscopia*)
2	biometrie	oftalmologie
3	explorarea câmpului vizual (perimetrie computerizată)	oftalmologie
4	recoltare pentru test Babeș-Papanicolau	obstetrică- ginecologie
5	EKG standard	cardiologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, pneumologie, nefrologie
6	peak-flowmetrie	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, medicină internă
7	spirometrie	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, pediatrie
8	pulsoximetrie	medicină internă, geriatrie și gerontologie, cardiologie, pneumologie, pediatrie
9	teste cutanate (prick sau idr) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ)	alergologie și imunologie clinică

10	teste de provocare nazală, oculară, bronșică	alergologie și imunologie clinică, pneumologie,
11	teste cutanate cu agenți fizici (maximum 4 teste)	alergologie și imunologie clinică
12	test la ser autolog	alergologie și imunologie clinică
13	testare cutanată la anestezice locale	alergologie și imunologie clinică, geriatrie și gerontologie, specialități chirurgicale
14	testare cutanată alergologică patch (alergia de contact)	alergologie și imunologie clinică
15	examinare cu lampa Wood	dermatovenerologie
16	determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț	chirurgie, reumatologie, neurologie, neurologie pediatrică, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, medicină internă, geriatrie și gerontologie
17	măsurarea forței musculare cu dinamometrul	neurologie, neurologie pediatrică, geriatrie și gerontologie
18	teste de sensibilitate (testul filamentului, testul diapazonului, testul sensibilității calorice și testul sensibilității discriminatorii)	neurologie, neurologie pediatrică, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, medicină internă, geriatrie și gerontologie, ORL
19	teste clinice (EDS, scor miastenic, UPDRS, MMS, Raisberg)	neurologie, neurologie pediatrică, psihiatrie, geriatrie și gerontologie
20	recoltare material bioptic	dermatovenerologie
	B. Proceduri diagnostice de complexitate medie: punctaj 20 puncte	
1	determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmatometrie	oftalmologie
2	tonometrie; pahimetrie corneeană	oftalmologie
3	explorarea funcției binoculare (test worth, Maddox, sinoptofor), examen pentru diplopie	oftalmologie
4	foniatrie	ORL
5	audiogramă*) *) Include audiometrie tonală liminară și/sau vocală.	ORL
6	examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop)	ORL
7	dermatoscopie	dermatovenerologie
8	electrocardiografie continuă (24 de ore, holter)	cardiologie, medicină internă
9	tensiune arterială continuă - holter TA	cardiologie, medicină internă
10	EKG de efort la persoanele fără risc cardiovascular înalt	cardiologie
11	EEG standard	neurologie, neurologie pediatrică
12	spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie
13	osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete	endocrinologie, reumatologie, geriatrie și gerontologie, ortopedie și traumatologie
14	electromiograma	neurologie, neurologie pediatrică
15	evaluarea cantitativă a răspunsului galvanic al pielii	neurologie și diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
	C. Proceduri diagnostice complexe: punctaj 40 puncte	
1	examen electroneuromiografic cu ac	neurologie, neurologie pediatrică
2	determinarea potențialelor evocate (vizuale, auditive, somatoestezice)	neurologie, neurologie pediatrică, oftalmologie, ORL
3	examen electroencefalografic cu probe de stimulare și/sau mapping	neurologie, neurologie pediatrică

4	examen doppler vase extracraniene segment cervical (echotomografic și duplex)	neurologie, neurologie pediatrică
5	examen doppler transcranian al vaselor cerebrale și tehnici derivate	neurologie, neurologie pediatrică
6	endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie, alte specialități clinice pentru care medicii trebuie să facă dovada deținerii competenței/ atestatului de studii complementare
7	endoscopie digestivă inferioară (rect, sigmoid, colon) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie, alte specialități clinice pentru care medicii trebuie să facă dovada deținerii competenței/ atestatului de studii complementare
8	colposcopia	obstetrică-ginecologie
9	monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanței toracice	cardiologie, medicină internă, nefrologie
	D. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple: punctaj 15 puncte	
1	extracție de corpi străini - conjunctivă, corneei, scleră, segment anterior	oftalmologie
2	incizia glandei lacrimale și a sacului lacrimal	oftalmologie
3	tratamentul chirurgical al pingueculi	oftalmologie
4	tratamentul chirurgical al pterigionului	oftalmologie
5	sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă;	oftalmologie
6	injectare subconjunctivală, retrobulbară de medicamente	oftalmologie
7	criocoagularea (crioaplicația) conjunctivală	oftalmologie
8	cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului	oftalmologie
9	tamponament posterior și/sau anterior ORL	ORL
10	extracție corpi străini: conduct auditiv extern, nas, faringe;	ORL
11	aspirația și lavajul sinusului nazal prin puncție	ORL
12	tratament chirurgical al traumatismelor ORL	ORL
13	oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie	ORL
14	terapia chirurgicală a afecțiunilor mamare superficiale	obstetrică- ginecologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă
15	inserția dispozitivului intrauterin	obstetrică- ginecologie
16	fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate	dermatovenerologie
17	crioterapia în leziuni cutanate	dermatovenerologie
18	tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscențe plăgi (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)	dermatovenerologie, chirurgie, inclusiv chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă
19	terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă
20	terapia chirurgicală a degerăturilor de grad I și II	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă
21	terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenți chimici < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă

22	terapia chirurgicală a panarițiului (eritematos, flictenular, periunghial, subunghial, antracoid, pulpar)	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă
23	terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă
24	terapia chirurgicală a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă
25	terapia chirurgicală a abcesului (de părți moi, perianal, pilonidal)	dermatovenerologie, chirurgie generală
26	terapia chirurgicală a panarițiului osos, articular, tenosinival	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică
27	terapia chirurgicală a hidrosadenitei	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă
28	terapia chirurgicală a edemului dur și seromului posttraumatic	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică
29	terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos	chirurgie generală, chirurgie vasculară, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă
30	terapia chirurgicală a granulomului ombilical	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă
31	terapia chirurgicală a supurațiilor postoperatorii	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, ortopedie și traumatologie, obstetrică – ginecologie, chirurgie toracică, chirurgie cardiovasculară, neurochirurgie, urologie
32	tratamentul plăgilor	chirurgie generală + toate specialitățile chirurgicale
33	terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)	urologie, chirurgie pediatrică, chirurgie generală
34	tratament postoperator al plăgilor abdominale, al intervențiilor chirurgicale după cezariană, sarcină extrauterină operată, histerectomie, endometrioză	obstetrică- ginecologie
	E. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe: punctaj 25 puncte	
1	tratamentul chirurgical al unor afecțiuni ale anexelor globului ocular (șalazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme)	oftalmologie
2	tratament cu laser al polului anterior, polului posterior	oftalmologie
3	tratament chirurgical ORL colecție: sept, flegmon periamigdalian, furuncul căi aeriene externe, furuncul vestibul nazal, othematom	ORL
4	extragere fibroscopică de corpi străini din căile respiratorii superioare	ORL
5	manevre de mică chirurgie pentru abces și/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetații vulvă, vagin, col	obstetrică- ginecologie
6	cauterizare de col uterin	obstetrică- ginecologie

7	diatermocoagularea colului uterin	obstetrică- ginecologie
8	electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune	dermatovenerologie, chirurgie
9	terapia chirurgicală complexă a panarițiului osos, articular, tenosinival	chirurgie
10	terapia chirurgicală a flegmoanelor	chirurgie
11	terapia chirurgicală a hematomului	chirurgie
12	dilatația stricturii uretrale	urologie, chirurgie
13	criocoagularea (crioaplicația) transsclerală	oftalmologie
	F. Proceduri terapeutice/tratamente medicale simple: punctaj 7 puncte	
1	aerosoli/ședință (maxim 3 ședințe)	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, pediatrie, ORL
2	toaleta auriculară unilateral (două proceduri)	ORL
3	administrare tratament prin injectarea părților moi (intramuscular, intradermic și subcutanat)	toate specialitățile
	G. Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie: punctaj 11 puncte	
1	fotochimioterapie (UVA) cu oxoralen locală sau generală/ședință (maxim 4 ședințe)	dermatovenerologie
2	fotochimioterapie (UVB cu spectru îngust)/ședință (maxim 4 ședințe)	dermatovenerologie
3	mezoterapia - injectare terapeutică paravertebrală și periarticulară	neurologie, neurologie pediatrică, dermatovenerologie, reumatologie, geriatrie și gerontologie
4	probe de repoziționare vestibulară	ORL, neurologie, neurologie pediatrică
5	imunoterapie specifică cu vaccinuri alergice standardizate	alergologie și imunologie clinică
6	administrare tratament prin puncție intravenoasă	toate specialitățile
7	infiltrații nervoase regionale	anestezie și terapie intensivă, oftalmologie, ORL, chirurgie generală, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, obstetrică- ginecologie, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, neurochirurgie, chirurgie cardiovasculară
8	instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlată de pacient	anestezie și terapie intensivă
	H. Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe: punctaj 14 puncte	
1	puncții și infiltrații intraarticulare	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, geriatrie și gerontologie
2	instilația uterotubară terapeutică	obstetrică- ginecologie
3	blocaje chimice pentru spasticitate (toxina botulinică)	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, neurologie, neurologie pediatrică
	I. Tratamente ortopedice medicale : punctaj 20 puncte	
1	tratamentul ortopedic al luxației, entorsei sau fracturii antebrăului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală

2	tratatamentul ortopedic al entorsei sau luxației patelei, umărului; disjunctie acromioclaviculară; tratamentul fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
3	tratatamentul ortopedic al fracturii femurului; luxației, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
4	tratament în displazia luxantă a șoldului în primele 6 luni de viață	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
5	tratatamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viață	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
6	tratatamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
7	tratatamentul fracturii amielice fără deplasare a coloanei vertebrale	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
	J. Terapii psihiatrice: punctaj 30 puncte	
1	consiliere psihiatrică nespecifică individuală și familială	
2	psihoterapie de grup (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții)	
3	psihoterapie individuală (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții, tulburări din spectrul autist)	
4	terapia cognitiv-comportamentală	
	K. Terapii de genetică medicală: punctaj 30 puncte	
1	Sfat genetic	

1.7. Serviciile de sănătate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie și psihopedagogie specială - logopezi și kinetoterapeuți/profesorii de cultură fizică medicală/fiziokinetoterapeuți și pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate, cu următoarele specialități clinice:

- a. neurologie și neurologie pediatrică;
- b. otorinolaringologie;
- c. psihiatrie și psihiatrie pediatrică;
- d. reumatologie;
- e. ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică;
- f. oncologie medicală;
- g. diabet zaharat, nutriție și boli metabolice;
- h. hematologie;
- i. nefrologie.

1.7.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical:

a) Neurologie și neurologie pediatrică:

a1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:

a1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic;	30 puncte/ședință
a1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adulți;	30 puncte/ședință
a1.3) psihoterapie pentru copii/adult;	30 puncte/ședință
- a2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea

psihopedagogie specială - logoped: consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped;	15 puncte/ședință
a3) servicii conexe furnizate de kinezoterapeut/profesor de cultură fizică medicală/fiziokinezoterapeut:	
a3.1) kinezoterapie individuală;	30 puncte/ședință
a3.2) kinezoterapie de grup;	15 puncte/ședință
a3.3) kinezoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice / dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate.	15 puncte/ședință
b) Otorinolaringologie:	
b1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
b1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
b1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
b2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped:	
b2.1) consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped	15 puncte/ședință
b2.2) exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință)	15 puncte/ședință
c) Psihiatrie, inclusiv psihiatrie pediatrică:	
c1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
c1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
c1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adult	30 puncte/ședință
c1.3) consiliere psihologică clinică pentru copii diagnosticați cu tulburări din spectrul autist (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist	30 puncte/ședință
c1.4) psihoterapia copilului și familiei - pentru copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist	30 puncte/ședință
c2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială – logoped: consiliere/intervenție de psihopedagogie specială – logoped	15 puncte/ședință
c3) Servicii furnizate de kinezoterapeut /profesor de cultură fizică medicală/ fiziokinezoterapeut: (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) pentru copilul diagnosticat cu tulburări din spectrul autist în condițiile prevăzute la punctul 1.7.2:	
c3.1) kinezoterapie individuală	30 puncte
c3.2) kinezoterapie de grup	15 puncte
c3.3) kinezoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/ dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate	15 puncte
d) Reumatologie în condițiile prevăzute la punctul 1.7.2	
Servicii furnizate de kinezoterapeut/ profesor de cultură fizică medicală/fiziokinezoterapeut:	
d1) kinezoterapie individuală	30 puncte
d2) kinezoterapie de grup	15 puncte
d3) kinezoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice / dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate	15 puncte
e) Ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică în condițiile prevăzute la punctul 1.7.2	
Servicii furnizate de kinezoterapeut/profesor de cultură fizică medicală/fiziokinezoterapeut:	
e1) kinezoterapie individuală	30 puncte
e2) kinezoterapie de grup	15 puncte
e3) kinezoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice /	15 puncte

dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate

f) Oncologie medicală

Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu afecțiuni oncologice

30 puncte/ședință

g) Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice

Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu diagnostic confirmat de diabet zaharat

30 puncte/ședință

h) Hematologie

Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu afecțiuni oncologice

30 puncte/ședință

i) Nefrologie

Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu insuficiență renală cronică – dializă

30 puncte/ședință

1.7.2. Serviciile de kinetoterapie se acordă conform unui plan recomandat de medicul de recuperare, medicină fizică și balneologie prin scrisoare medicală.

1.7.3. Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie sau în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, se acordă la solicitarea furnizorului de servicii medicale clinice prin scrisoare medicală, conform unui plan stabilit de comun acord de medicul de specialitate clinică și psiholog/logoped.

1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii și lehzuziei - o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.

1.8.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie din ambulatoriu.

2. Lista specialităților clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate

Nr. crt.	
1	Alergologie și imunologie clinică
2	Boli infecțioase
3	Cardiologie
4	Chirurgie cardiovasculară
5	Chirurgie generală
6	Chirurgie pediatrică
7	Chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă
8	Chirurgie toracică
9	Dermatovenerologie
10	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
11	Endocrinologie

12	Gastroenterologie
13	Genetică medicală
14	Geriatrie și gerontologie
15	Hematologie
16	Medicină internă
17	Nefrologie
18	Neonatologie
19	Neurochirurgie
20	Neurologie
21	Neurologie pediatrică
22	Oncologie medicală
23	Obstetrică-ginecologie
24	Oftalmologie
25	Otorinolaringologie
26	Ortopedie și traumatologie
27	Ortopedie pediatrică
28	Pediatrie
29	Pneumologie
30	Psihiatrie
31	Psihiatrie pediatrică
32	Reumatologie
33	Urologie
34	Chirurgie vasculară
35	Radioterapia
36	Chirurgie orală și maxilo-facială
37	Anestezie și terapie intensivă

3. Biletul de trimitere pentru specialitățile clinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice păstrează la cabinet exemplarul biletului de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice de la data la care acesta se implementează.

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

	Număr puncte pentru specialități medicale	Număr puncte pentru specialități chirurgicale
a. Consultația copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	16,20 puncte	17,25 puncte
b. Consultația de psihiatrie a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	32,40 puncte	
c. Consultația peste vârsta de 4 ani	10,80 puncte	11,50 puncte
d. Consultația de psihiatrie peste vârsta de 4 ani	21,60 puncte	
e. Consultația de planificare familială	10,80 puncte	

f. Consultația de neurologie a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	21,60 puncte	
g. Consultația de neurologie peste vârsta de 4 ani	14,40 puncte	

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

5. Pentru competența/atestatul de studii complementare în planificare familială se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și a prezentului ordin.

6. Medicii de specialitate din specialitățile clinice pot efectua ecografiile cuprinse în anexa nr. 17 la ordin ca o consecință a actului medical propriu pentru asigurării pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate inclusiv de la medicul de familie în limita competenței și a dotărilor necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 la ordin. Pentru aceste servicii furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

7. În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.

8. Servicii de acupunctură - consultații, cură de tratament

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.

8.1. Consultația de acupunctură: se acordă o singură consultație pentru fiecare cură de tratament cu un tarif de 13 lei.

8.2. Cura de tratament/caz: se acordă maxim 2 cure/an calendaristic pe asigurat, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale. O cură de tratament reprezintă în medie 10 zile de tratament și în medie 4 proceduri/zi. Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 140 lei.

8.3. Consultațiile de acupunctură se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriu clinic.

C. PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI,

CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

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

2. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, 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. Pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2 și la lit. B punctul 1 subpunctul 1.2 din prezenta anexă.

3. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. B din prezenta anexă, sau după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2 din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă, se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctură

ART. 1 Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctură se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau în lei.

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

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

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

a) pentru specialități clinice și pentru medicii care lucrează exclusiv în 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, inclusiv pediatrică, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 21 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 20 de minute);

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

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

Pentru fiecare consultație în plus față de 19 consultații pentru specialitățile clinice, respectiv 9 consultații pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică sau 14 consultații pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică, ce pot fi efectuate și raportate în medie pe zi în condițiile raportării și de servicii medicale cu un punctaj aferent de 150 puncte/153 puncte/154 puncte, după caz, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale scade cu câte 17 puncte pentru specialitățile clinice, respectiv cu 30 de puncte pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică și cu 22 de puncte pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică.

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

În situația în care adresabilitatea asiguraților la cabinetul medical depășește nivelul prevederilor menționate mai sus se vor întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile.

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

Punctajul aferent serviciilor de sănătate conexe actului medical care pot fi raportate, pentru unul sau mai mulți asigurați indiferent de tipul serviciului conex, de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăși 90 de puncte în medie pe zi, cuvenite celui/celor care le prestează, reprezentând servicii conexe, cu excepția medicului de specialitate psihiatrie pediatrică pentru care punctajul nu poate depăși 180 de puncte în medie pe zi.

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

Pentru desfășurarea activității, furnizorul de servicii de sănătate conexe poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți medici din specialitățile clinice care pot solicita servicii de sănătate conexe. Serviciile conexe se recomandă de către medicii de specialitate utilizând scrisoarea medicală al cărei model este prevăzut în anexa 43.

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

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 desfășoară activitatea - majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare.

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

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în planificare familială, precum și furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical. Recalcularea numărului total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovada confirmării gradului profesional.

(3) Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 2,2 lei.

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

(5) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu, din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice la nivel național se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 183 alin. (3) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, inclusiv suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior. Fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice pentru calculul valorii definitive a punctului se defalchează pe trimestre.

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

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităților clinice, se corectează până la sfârșitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus față de cel efectiv realizat într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea și, implicit, valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv.

(3) În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează în aceleași condiții cu cele din cursul anului curent.

(4) Pentru asigurarea calității furnizării serviciilor medicale, pentru asigurații care prezintă unul sau mai multe diagnostice, prevăzute în anexa nr. 13 la ordin, controalele periodice vor fi decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile în care acestea vor fi efectuate, raportate și validate conform reglementărilor legale în vigoare. Excepție fac situațiile în care asiguratul solicită în nume propriu și în scris, efectuarea controalelor periodice la un alt furnizor.

ART. 6 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctură cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de consultații de acupunctură, respectiv tariful pe consultație de 13 lei și numărul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni.

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

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

b) serviciile de acupunctură-caz, se contractează și se raportează în vederea decontării maximum 2 cure/an calendaristic, o cură reprezentând în medie 10 zile de tratament, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

(3) Contravaloarea serviciilor de acupunctură - consultații și cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu.

(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale - caz finalizate și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură respectiv pe consultație, în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizate/10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față

de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

(5) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații de acupunctură și cazurilor-cure de acupunctură.

ART. 7 (1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice și acupunctură facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune/transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

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

ART. 8 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice și acupunctură, care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinet, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

Medicii din specialitățile clinice încasează contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii medicale. În situația în care asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere, medicii din specialitățile clinice nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 9 (1) În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați medici, precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare, cu excepția persoanelor care își desfășoară activitatea în cabinete organizate conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001. Medicii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitățile clinice, acupunctură și planificare familială pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz și semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitățile clinice, acupunctură și planificare familială, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum și servicii de sănătate conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

ART. 10 Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, contractele/actele adiționale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura căreia se află aceste unități și casa de asigurări de sănătate.

ART. 11 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice și acupunctură acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialități clinice, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în anexa nr. 13 la ordin și

serviciilor de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

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

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

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

(2) Biletul de trimitere pentru specialități clinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin excepție, biletele de trimitere pentru specialități clinice pentru afecțiunile cuprinse în unele programe naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție precum și cele pentru afecțiunile oncologice, au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru specialități clinice este de până la 60 zile calendaristice.

Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice și acupunctură păstrează biletul de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Biletul de trimitere pentru specialități clinice recomandate de medicul de familie, care are evidențiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialități clinice de la data la care acesta se implementează.

(3) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale clinice și acupunctură au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(5) Medicii de specialitate din specialitățile clinice recomandă investigații paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care prescrie investigațiile și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigații paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează. În situația în care într-un cabinet din ambulatoriul de specialitate clinic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se recoltează probă/probe în vederea efectuării unor examinări histopatologice-citologice și servicii medicale paraclinice de microbiologie în regim ambulatoriu, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul de specialitate din ambulatoriu, din care un exemplar va însoți proba/probele recoltată/recoltate pe care medicul o/le trimite la furnizorul de investigații paraclinice de anatomie patologică. La momentul recoltării probei/probelor, asiguratul declară pe propria răspundere că nu se află internat într-o formă de spitalizare (continuă sau de zi).

(6) Medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii de îngrijiri la domiciliu ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG

al acestuia, cu precizarea acestui status. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzut în Anexa nr. 31 C la ordin.

(7) Medicii de specialitate din specialitățile clinice oncologie medicală și boli infecțioase aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii paliative la domiciliu ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status.

Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzut în Anexa nr. 31 D la ordin.

ART. 12 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de specialitate din specialitățile clinice întâlniri cu medicii de specialitate pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

CONTRACT DE FURNIZARE**de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctură****I. Părțile contractante**

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președintele director general,

și

- Cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- cabinetul individual, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin medicul titular

- cabinetul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin medicul delegat

- societatea civilă medicală, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin administratorul

- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ..., având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin

- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin

- Ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic și tratament, centrul medical și centrul de sănătate multifuncțional - unități medicale cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin

- Unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin în calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte.

NOTĂ:

În situația în care furnizorul are punct/puncte secundar(e) de lucru acestea se vor evidenția distinct, fiind menționate adresa, telefon fix/mobil, adresă de e-mail.

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctură, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările

ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctură acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 în următoarele specialități și competențe/atestare de studii complementare - pentru acupunctură și planificare familială:

a)

b)

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctură 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 2017.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

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 autorizați și evaluați și să facă public în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 186 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016 furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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

f) să înmâneze, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute de actele

normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; 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;

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

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total la nivel național de puncte realizat trimestrial, prin afișare pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

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

l) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice și acupunctură acordate de medici conform specialității clinice și competențe/atestare de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătății și care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condițiile prevăzute în anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical și tarif pe serviciu medical consultație/caz, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical și ale asiguratului referitor la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de

Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgență, medicul de specialitate eliberează o scrisoare medicală în acest sens;

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

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; în situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate din specialitățile clinice, prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice.

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

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

o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate calculate la valoarea minimă garantată; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./....../2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

s) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ș) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista 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, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare.

t) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale fără a mai fi necesară o raportare lunară în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

ț) 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/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

u) 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 în procesul de transmitere a datelor;

v) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

w) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și prescripția medicală care este formular cu regim special unic pe țară pentru

prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, 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 furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează.

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

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

z) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

aa) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

ab) 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 prevăzute în anexa nr. 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 precum și a serviciilor de planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice este prevăzută în anexa nr. 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

ac) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

ad) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

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

af) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ag) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ah) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

ai) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

aj) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de bază, dacă asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere; în această situație furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ak) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

al) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. ak), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării

serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate."

VI. Modalități de plată

ART. 8 (1) Modalitățile de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe consultație și tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură exprimate în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară; pentru anul 2017 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 se ajustează în funcție de:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea, cu%*)

b) gradul profesional medic primar%.

(5) a) Tariful pe consultație de acupunctură este de 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 lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultațiile și serviciile medicale - caz de acupunctură este de lei și se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei, din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

*) În condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

ART. 9 (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate se face pe baza

documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse/transmise lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de

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

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor 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 și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură și pe consultație, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise 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 lei x număr mediu al zilelor de tratament realizate/10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de acupunctură se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

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

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de specialitate din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea/atestat de studii complementare/competență:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea/atestat de studii complementare/competență:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului și al cabinetelor de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale organizate în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

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

VIII. Răspunderea contractuală

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

ART. 12 Clauză specială

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

(2) Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

IX. Sancțiuni, condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractului

ART. 13 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

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 planificare familială la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. b), c), e) - h), j) - u), v), x), z), ac) - ae) și af) precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(3) În cazul în care se constată în derularea contractului, de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente, nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. ab) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și 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 planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. ai), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, respectiv se diminuează cu 5% valoarea de contract pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de specialitate clinică/acupunctură la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, respectiv se diminuează cu 10% valoarea de contract pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de specialitate clinică/acupunctură la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. ai) se constată de casele de asigurări de sănătate 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 potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

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

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației 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/transmitere 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 servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv de servicii de planificare familială și acupunctură de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

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) 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.

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 27 alin. (3) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și la art. 7 lit. aa) și aj);

j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 13 alin. (1), (2) și (4) precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 13 alin. (3).

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

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 16 lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

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

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

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

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

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate 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. 23 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. y), 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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

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

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

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) – e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract pentru serviciile de acupunctură se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) – e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de acupunctură.

ART. 17 (1) Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența

ART. 18 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

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

XI. Modificarea contractului

ART. 19 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 20 Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului contractului.

ART. 22 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIII. Alte clauze

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....
Director executiv al Direcției
Economice,
.....
Director executiv al
Direcției Relații Contractuale,
.....
Vizat
Juridic, contencios
.....

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

ACT ADIȚIONAL
pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii efectuate de medici de specialitate din
specialitățile clinice

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

**CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE
ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU
SPECIALITATEA CLINICĂ DE RECUPERARE, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE**

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ CUPRINDE:

1. Servicii medicale - consultații, serii de proceduri - în specialitatea clinică de recuperare, medicină fizică și balneologie

1.1. Consultația medicală de specialitate - inițială, cuprinde:

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

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

c. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

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

1.2. Consultația de reevaluare se acordă înainte de începerea unei serii de proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie, în timpul seriei de proceduri sau la finalul fiecărei serii de proceduri la un interval ce nu poate să depășească 10 zile calendaristice de la momentul finalizării acesteia.

1.3. Procedurile specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie, care se pot acorda în cadrul unei serii de proceduri sunt:

Nr. Crt.	PROCEDURI SPECIFICE DE RECUPERARE, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE
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.	Laserterapie
15.	Solux
16.	Ultraviolete
17.	Curenți cu impulsuri rectangulare

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

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

Procedurile se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare, medicină fizică și balneologie.

1.3.1. Perioada pentru care se decontează procedurile specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie este de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât și la adulți cu excepția copiilor 0 - 18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracționate în maximum două fracțiuni, în funcție de afecțiunea de bază la recomandarea medicului de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie.

1.3.2. În cazul unor perioade de tratament fracționate la recomandarea medicului de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie, pentru fiecare perioadă de tratament se decontează o

consultație inițială și o consultație de reevaluare, dar nu mai mult de două consultații inițiale și două consultații de reevaluare pe an/asigurat.

1.3.3. Seria de proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie stabilită de medicul de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie, decontată pentru un asigurat include maximum 4 proceduri/zi de tratament.

Pentru o serie de proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie ce se desfășoară în bazele de tratament din stațiunile balneoclimatice se decontează maximum 4 proceduri/zi, din care 2 proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie cu factori terapeutici naturali.

1.4. Pentru situațiile în care unui asigurat nu i se recomandă o serie de proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie se decontează 3 consultații/trimestru pentru aceeași afecțiune.

1.5. Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G31b, G31c, G31d, G31e - 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, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, pentru care tratamentul se poate prescrie și monitoriza de către medicul în specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie din unitățile sanitare nominalizate de către Ministerul Sănătății, pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice, se decontează o consultație și prescripția medicală/prescripțiile medicale aferente, trimestrial sau lunar, cu condiția ca aceste servicii să nu se fi efectuat de către un alt medic de specialitate pentru aceeași perioadă.

1.6. Consultațiile de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriu clinic, cu excepția consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în anexa nr. 13 la prezentele norme care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.7. În cadrul consultațiilor recuperare, medicină fizică și balneologie se pot efectua după caz, următoarele proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente care se efectuează în cabinetul medical:

Nr. crt.	Denumire procedură diagnostică/terapeutică/tratamente
1	Determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț
2	Podoscopie
3	Osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete
4	Administrare tratament prin injectarea părților moi (intramuscular, intradermic și subcutanat)
5	Mezoterapia - injectare terapeutică paravertebrală și periarticulară
6	Administrare tratament prin puncție intravenoasă
7	Puncții și infiltrații intraarticulare
8	Blocaje chimice pentru spasticitate (toxina botulinică)

1.8. Lista afecțiunilor care pot fi tratate în ambulatoriu în specialitatea clinică de recuperare, medicină fizică și balneologie este:

Nr. crt.	AFECTIUNI
1	Atrofii sistemice afectând în special sistemul nervos central
2	Tulburări extrapiramidale și ale motricității
3	Boli demielinizante ale sistemului nervos central
4	Afecțiunile nervilor, rădăcinilor și plexurilor nervoase
5	Polineuropatii și alte afecțiuni ale sistemului nervos periferic

6	Afecțiuni ale joncțiunilor mioneurale și musculare
7	Paralizia cerebrală și alte sindroame paralitice
8	Status post infarct miocardic acut
9	Status post accident vascular cerebral
10	Insuficiența cardiacă clasa NYHA I și II
11	Boală pulmonară obstructivă cronică clasa I și II
12	Poliartropatii inflamatorii
13	Artroze
14	Dorsopatii
15	Afecțiuni ale țesuturilor moi
16	Status post leziuni traumatice
17	Status post intervenții chirurgicale majore cardiovasculare, neurochirurgicale, ortopedice

1.9. Tariful pe consultație în specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie este de 20 lei. Tariful pe consultație în specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie, în cadrul căreia se efectuează minim două proceduri dintre cele prevăzute la punctul 1.7 este de 40 lei. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%.

1.10. Recomandarea pentru serviciile de recuperare, medicină fizică și balneologie se face pe baza biletului de trimitere eliberat de către medicii de specialitate și de către medicii de familie, iar procedurile specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie se acordă conform schemei de tratament, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de către medicul de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie.

1.11. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în bazele de tratament, care se decontează pentru un asigurat este de 28 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpunctul 1.3 din prezenta anexă, cu excepția pozițiilor 1, 26 - 29, 32 - 34 și 38. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în bazele de tratament, care se decontează pentru un asigurat este de 42 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpunctul 1.3 din prezenta anexă cu condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziția 1, 26 - 29, 32 - 34 și 38. Aceste tarife se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc proporțional conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate pe zi/4 x tarif pe zi de tratament.

Nu se decontează de casele de asigurări de sănătate serviciile de recuperare, medicină fizică și balneologie atunci când acestea se acordă pentru situații care privesc corecții de natură estetică și de întreținere, cum ar fi: vergeturi, sindrom trofostatic, gimnastică de întreținere (fitness, body-building).

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada

de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie, de consultațiile prevăzute la lit. A punctul 1, subpunctul 1.1 din prezenta anexă, devenite necesare pe timpul șederii temporare în România și acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate.

2. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană.

3. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, se acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ**În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie**

ART. 1 (1) Unitățile ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie din structura unor unități sanitare sau unitățile ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească încheie contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe servicii medicale - consultații/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 10 la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere: numărul de servicii medicale - consultații, respectiv tariful pe consultație, care este de 20 lei iar tariful pe consultație cu efectuare de proceduri este de 40 lei precum și numărul de servicii medicale - zi de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament, care este de 28 de lei sau 42 de lei. Tariful pe zi de tratament este de 28 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din anexa 10 la ordin, cu excepția pozițiilor 1, 26 - 29, 32 - 34 și 38 și este de 42 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din anexa 10 la ordin, cu condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziția 1, 26 - 29, 32 - 34 și 38.

Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%. În cadrul unei zile de tratament se are în vedere un număr de maximum 4 proceduri pe zi.

(3) Suma contractată se stabilește conform anexei nr. 11 B la ordin și se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

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

Neanunțarea acestor situații și constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie.

(5) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie se redistribuie la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră și se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate asiguraților de la data semnării actului adițional.

În trimestrul IV 2017, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie se înregistrează la sfârșitul fiecărei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică de 40 de lei reprezentând contravaloarea unei consultații cu proceduri, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate asiguraților de la data semnării actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii

contractului pentru anul în curs și până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consum mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie decontate de casa de asigurări de sănătate.

(6) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de specialitate clinică recuperare, medicină fizică și balneologie pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de recuperare, medicină fizică și balneologie, dacă este cazul.

(7) În vederea contractării numărului de servicii medicale - consultații și a numărului de zile de tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie se au în vedere următoarele:

a) numărul de servicii medicale - consultații de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de servicii medicale - consultații rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație medicală este necesară o durată în medie de 15 minute, iar pentru o consultație în cadrul căreia se efectuează în cabinetul medical proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente este necesară în medie o durată de 30 minute.

Dacă programul de lucru este mai mic sau mai mare de 7 ore pe zi, numărul de consultații poate scăde sau crește corespunzător;

b) serviciile medicale zi de tratament care se acordă în bazele de tratament, se contractează și raportează în vederea decontării pentru un număr de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât și la adulți cu excepția copiilor cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale terapeutice pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

(8) Tarifele au în vedere cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și zilelor de tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie.

(9) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2017 cu destinația de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv de acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale - consultații și numărul de zile de tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în anexa nr. 11 B la ordin, precum și reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat.

(10) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie.

(11) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale - consultații și a numărului de zile de tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate 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, cu excepția afecțiunilor prevăzute în anexa nr. 13 la ordin care permit prezentarea direct la medicul de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie.

(12) Biletele de trimitere pentru tratament în stațiunile balneoclimaterice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de specialitate clinică recuperare, medicină fizică și balneologie.

(13) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate în limita sumelor contractate se face în funcție de:

a) numărul de servicii medicale - consultații și tarifele pe consultații prevăzute la alin. (2);

b) numărul de zile de tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie realizat atât în cabinetele medicale, cât și în bazele de tratament, înmulțit cu tarifele prevăzute la alin. (2). Aceste tarife se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc proporțional conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate pe zi/4 x tarif pe zi de tratament.

ART. 2 (1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune/transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

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

ART. 3 (1) Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie, care nu se regăsesc în anexa nr. 10 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinet, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din specialitatea de recuperare, medicină fizică și balneologie încasează contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de bază, dacă asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere; în această situație furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic se face în cadrul unor consultații realizate peste valoarea de contract.

ART. 4 (1) În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați medici, precum și alte categorii de personal. Medicii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv.

ART. 5 Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 republicată, cu modificările și completările ulterioare, contractele/actele adiționale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura căreia se află aceste unități și casa de asigurări de sănătate.

ART. 6 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialitățile clinice, cu excepția consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în anexa nr. 13 la ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

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

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

(2) Biletul de trimitere pentru specialitățile clinice este utilizat și pentru specialitatea clinică recuperare, medicină fizică și balneologie și este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate de maximum 60 de zile calendaristice de la data emiterii.

Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie. Furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie păstrează biletul de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice de la data la care acesta se implementează.

(3) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(5) Medicii de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie recomandă investigații paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare din care un exemplar rămâne la medicul care prescrie investigațiile și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigații paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează.

(6) Medicii de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii de îngrijiri la domiciliu ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzut în Anexa nr. 31 C la ordin.

ART. 7 (1) Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății pentru serviciile de recuperare, medicină fizică și balneologie - serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asigurații pe seria de proceduri; nivelul minim al coplății este de 5 lei pe toată seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe toată seria de proceduri. Valoarea coplății este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

(2) Categoriile de asigurați scutiți de coplată, prevăzute la art. 225 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și cu documente și/sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în anexa nr. 23 D la ordin.

ART. 8 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de specialitate întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

- model -

Furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și
balneologie

Sediul social/Adresa fiscală

.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), ... legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria
....., nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că
falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria
răspundere că

am ☐/nu am ☐ contract de furnizare de servicii medicale de
recuperare, medicină fizică și balneologie și cu Casa Asigurărilor de
Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și
Autorității Judecătorești.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)

.....

CRITERII**privind selecția furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu**

CAPITOLUL I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie 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 este acoperit prin prezența unui medic de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie.

CAPITOLUL II La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie se au în vedere următoarele criterii:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice	40%
B. Evaluarea resurselor umane	60%

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

Ponderea acestui criteriu este de 40%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

a) Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul cabinetului sunt aceleași cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte documentele pentru aparatul/aparatele deținute din care să reiasă: anul fabricației, seria și numărul, numărul de canale și numărul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta manualul de utilizare/fișa tehnică.

e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la niciunul dintre furnizori.

Fac excepție furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie care își desfășoară activitatea utilizând același spațiu și aceleași echipamente specifice deținute și/sau utilizate în comun în condițiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare și numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor își desfășoară activitatea cu respectarea dispozițiilor H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și într-un program de lucru distinct.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

g) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale din dotare achiziționate "second hand". 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:

Nr. crt.	Tip aparat	Puncte	Nr. maxim de proceduri/oră
1.	Aparate de electroterapie pentru 1 pacient (cu un canal), vechime 1 - 10 ani	10 puncte	3
2.	Aparate de electroterapie pentru 2 pacienți tratați simultan, (2 sau mai multe canale) vechime 1 - 10 ani	20 puncte	8
3.	Baie galvanică și alternantă, vechime 1 - 10 ani	20 puncte	2
4.	Aparate de magnetoterapie, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	3
5.	Aparate cu energie luminoasă (laserterapie, ultraviolete, infraroșii), vechime 1 - 10 ani	10 puncte	5
6.	Aparate pentru terapie cu unde de șoc, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	5
7.	Aparate de parafină, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	3 aplicații/ canapea/pat/ oră
8.	Aparate pentru înaltă frecvență, vechime 1 - 10 ani	15 puncte	4
9.	Aparate pentru drenaj limfatic, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	2
10.	Aparat pentru ultrasonoterapie, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	5
11.	Aparat de aerosoli, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	4
12.	Cadă de hidroterapie, vechime 1 - 10 ani	10 puncte/ 1 cadă	2
13.	Cadă de hidroterapie cu duș subacval sau cu bule, vechime 1 - 10 ani	20 puncte/ 1 cadă	2
14.	Dispozitive de dușuri terapeutice (scoțian, alternativ etc.), vechime 1 - 10 ani	20 puncte/ dispozitiv	2
15.	Echipament de elongație	15 puncte/ echipament	1

Se scade din punctajul acordat pentru fiecare aparat, câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului peste 10 ani.

Nr. crt.	Denumire aparat	Număr canale	An fabricație	Total puncte/aparat	Total proceduri pe oră/aparat
1	2	3	4	5	

TOTAL PUNCTE:

NOTA 1: La contractare, se va ține cont de:

- numărul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat/oră, conform tabelului de mai sus
- numărul maxim de proceduri/oră posibil de efectuat în cadrul programului de lucru de către asistentul de balneofizioterapie cu pregătire superioară sau medie de specialitate, profesorul de cultură fizică medicală, precum și de către fiziokinetoterapeutul și kinetoterapeutul care își desfășoară activitatea într-o

formă legală la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 10 proceduri/oră; numărul maxim de proceduri/oră posibil de efectuat în cadrul programului de lucru de către maseuri și băieși care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 2 proceduri/oră.

În situația în care, numărul maxim de proceduri prevăzut la lit. b) este mai mic decât cel prevăzut la lit. a), punctajul total aferent lit. A.1 se înmulțește cu raportul calculat între numărul de proceduri de la lit. b) și numărul de proceduri de la lit. a).

În situația în care, numărul maxim de proceduri prevăzut la lit. b) este mai mare decât cel prevăzut la lit. a), se acordă punctajul aferent lit. A.1.

A.2. Evaluarea sălii de kinetoterapie:

- Suprafața utilă a sălii este între 8 - 15 mp și dotare corespunzătoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificările și completările ulterioare, pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale = 10 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienți este 3 și minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală.

- Suprafața utilă a sălii este între 16 - 30 mp și dotare corespunzătoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificările și completările ulterioare pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale = 40 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienți este 6 și minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală/tură.

- Suprafața utilă a sălii este de peste 30 mp, folosită exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie și dotare superioară față de prevederile Ordinului MSP 153/2003, cu modificările și completările ulterioare = 60 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienți este 8 indiferent de mărimea sălii și minim doi fiziokinetoterapeuți/kinetoterapeuți/profesori de cultură fizică medicală/tură.

A.3. Evaluarea bazinului de hidrokinetoterapie

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 30 - 40 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 16 puncte și minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală/tură;

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 40 - 60 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 30 puncte și minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală/tură;

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este de peste 60 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 40 puncte și minim doi fiziokinetoterapeuți/kinetoterapeuți/profesori de cultură fizică medicală/tură.

TOTAL puncte resurse tehnice

NOTA 1: Sala de kinetoterapie și bazinul de hidrokinetoterapie se punctează numai dacă la furnizor își desfășoară activitatea cel puțin un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală în funcție de dimensiunile sălii/bazinului. Punctajele pentru lit. A.2 și A.3 se acordă pentru încadrarea cu personal de specialitate (un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală) pentru o normă întreagă (7 ore). Pentru fracțiuni de normă, punctajele aferente lit. A.2 și A.3 se ajustează proporțional.

NOTA 2: Nu se punctează bazinele de hidrokinetoterapie care se utilizează și pentru alte activități în afara celor strict medicale care se contractează cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane:

Ponderea acestui criteriu este de 60%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie - 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. Pentru personalul care depășește o normă întreagă se acordă punctaj și pentru fracțiunea de normă lucrată ce depășește norma întreagă.

Se consideră o normă întreagă astfel!

- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un asistent balneofizioterapie, maseur, băieș - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut, profesor de cultură fizică medicală, - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

a. medic în specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie:

- medic primar - 20 puncte/medic/1 normă
- medic specialist - 18 puncte/medic/1 normă

Nume și prenume medic	Număr de ore	Punctaj

b. fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală - 15 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

c. asistent balneofizioterapie - 10 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

d. maseur - 10 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

e. băieș - 10 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

TOTAL PUNCTE

Program de activitate săptămânal al bazei de tratament - 8 ore/zi:

- 5 zile/săptămână = 2 puncte
- Sub 5 zile/săptămână = 1 punct
- Pentru 2 x 8 ore 5 zile pe săptămână = 5 puncte
- 5 zile/săptămână/mai mult de 8 ore pe zi și mai puțin de 16 ore pe zi = punctaj proporțional cu programul de activitate declarat

- TOTAL puncte

Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor.

Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor corespunzătoare fiecărui criteriu la numărul de puncte obținut la fiecare criteriu.

Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criterii se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite pentru fiecare criteriu.

Punctajul obținut de fiecare furnizor corespunzător fiecărui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

CONTRACT**de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie****(pentru unitățile sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie)****I. Părțile contractante**

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

și

- unitățile sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, reprezentată prin

- cabinetul medical de specialitate, organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reprezentat prin

- societatea de turism balnear și de recuperare, medicină fizică și balneologie, constituită conform Legii societăților nr. 31/1990 republicată, cu modificările și completările ulterioare, și care îndeplinește condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare medicală, aprobată prin Legea nr. 143/2003, reprezentată prin

- ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte; având sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon fax, e-mail Centrul de sănătate multifuncțional - unitate cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresa de e-mail, fax reprezentat prin

NOTĂ:

În situația în care furnizorul are punct/puncte secundare de lucru acestea se vor evidenția distinct, fiind menționate adresa, telefon fix/mobil, adresă de e-mail.

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

III. Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie

ART. 2 Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie asiguraților, conform anexei nr. 10 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie se face de către următorii medici:

1.;
2.;

3.

ART. 4 Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare, medicină fizică și balneologie.

IV. Durata contractului

ART. 5 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2017.

ART. 6 Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părților, pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

ART. 7 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 186 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale și îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative,

acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

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

j) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

k) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical - consultație/zi de tratament, în condițiile stabilite în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

l) să deconteze serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe țară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

m) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale recuperare, medicină fizică și balneologie, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, în condițiile respectării prevederilor de la art. 45 alin. (2) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 8 Furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie 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 referitoare la actul medical și ale asiguratului referitor la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor din H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de recuperare, medicină fizică și balneologie, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și/sau tratate în ambulatoriu;

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

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

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

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică recuperare, medicină fizică și balneologie poate elibera, după caz, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie, prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară, și să recomande investigațiile paraclinice în concordantă cu diagnosticul, 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 electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

p) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetul de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

r) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

s) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista 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, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;

ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale fără a mai fi necesară o raportare lunară în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

t) 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/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ț) 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 în procesul de transmitere a datelor;

u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

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

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

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

y) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

aa) 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 afecțiunilor prevăzute în anexa nr. 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitatea clinică de recuperare, medicină fizică și balneologie este prevăzută în anexa nr. 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

ab) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

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

ad) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ae) să întocmească evidente distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz.

af) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverință înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ag) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

ah) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ai) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație prin serviciul on-line pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

aj) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de bază, dacă asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere; în această situație furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ak) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de recuperare, medicină fizică și balneologie - serii de proceduri de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

al) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cel care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverință înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

am) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. al), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalități de plată

ART. 9 Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultație/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie, prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

ART. 10 (1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii - consultații/zile de tratament negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical - consultație*) / zile de tratament*)	Valoare - lei -
0	1	2	3 = 1 x 2
Servicii medicale - Consultații			
Servicii medicale - Consultații cu proceduri			
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri			

*) Tariful pe serviciu medical - consultație și tariful/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie sunt cele prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și numărului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de recuperare, medicină fizică și balneologie.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de lei.

ART. 11 (1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultații și a numărului de zile de tratament recuperare, medicină fizică și balneologie realizate și a tarifelor pe serviciu medical - consultație și a tarifului pe zi de tratament în limita sumelor contractate în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de

Tarifele pe zi de tratament se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc proporțional conform formulei: nr. proceduri recomandate și efectuate pe zi/4 x tarif pe zi de tratament.

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

(2) Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră:

Suma anuală contractată este de lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei
- luna III lei
- Suma aferentă trimestrului II lei,
- din care:
- luna IV lei
- luna V lei
- luna VI lei
- Suma aferentă trimestrului III lei,
- din care:
- luna VII lei
- luna VIII lei
- luna IX lei
- Suma aferentă trimestrului IV lei,
- din care:
- luna X lei
- luna XI lei
- luna XII lei.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de recuperare, medicină fizică și balneologie din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: Prenume:
 Grad profesional:
 Cod numeric personal:
 Codul de parafă al medicului:
 Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:
 Grad profesional:
 Cod numeric personal:
 Codul de parafă al medicului:
 Program zilnic de activitate ore/zi

c)

 *) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului și al cabinetelor de specialitate din centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică organizat în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

ART. 12 Plata serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică și balneologie 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, medicină fizică și balneologie

ART. 13 Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, 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, medicină fizică și balneologie cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 16 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, mari inundații, embargo.

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

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

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

ART. 17 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

ART. 18 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de recuperare, medicină fizică și balneologie aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de recuperare, medicină fizică și balneologie aferente lunii în care s-au produs aceste situații pentru fiecare dintre aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8 lit. b), c), e - h), j) - u), w), y), ab) - ae), precum și prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și de unele materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 10% contravaloarea serviciilor de recuperare, medicină fizică și balneologie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate precum și de alte organe competente, nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 lit. aa) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de recuperare, medicină fizică și balneologie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 lit. ah), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 lit. ah) se constată de casele de asigurări de sănătate 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 potrivit prevederilor 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.

(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, cu aceeași destinație.

(10) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 8 lit. ak) consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni 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, medicină fizică și balneologie, se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate, 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) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

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) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 8 lit. z), aj) și art. 45 alin. (3) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare;

j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1), (2) și (4) precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 18 alin. (3).

ART. 20 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie 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, medicină fizică și balneologie își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

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

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, medicină fizică și balneologie sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 21 lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

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

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

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

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare 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, medicină fizică și balneologie 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. 41 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației prevăzute la art. 8 lit. x), 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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

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

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

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) – e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) – e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie.

ART. 22 (1) Situațiile prevăzute la art. 19 și la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 23 Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante datorită neîndeplinirii obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XI. Corespondența

ART. 24 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 25 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

ART. 26 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența de recuperare, medicină fizică și balneologie, 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 și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....
Director executiv al Direcției economice,
.....
Director executiv al Direcției Relații
contractuale,
.....

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

Vizat
Juridic, Contencios

LISTA

cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic și Angină pectorală instabilă
2. Malformații congenitale și boli genetice
3. Boala cronică de rinichi - faza predializă
4. Insuficiență cardiacă clasa III - IV NYHA
5. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
6. Colagenoze majore (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
7. Aplazia medulară
8. Anemii hemolitice endo și exo-eritrocitare
9. Trombocitemia hemoragică
10. Histiocitozele
11. Telangectazia hemoragică ereditară
12. Purpura trombopenică idiopatică
13. Trombocitopatii
14. Purpura trombotică trombocitopenică
15. Boala von Willebrand
16. Coagulopatiile ereditare
17. Boala Wilson
18. Malaria
19. Tuberculoza
20. Boala Addison
21. Diabet insipid
22. Boli psihice (schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante, tulburări afective majore, tulburări psihotice acute, autism, ADHD, boli psihice la copii)
23. Miastenia gravis
24. Bolnavi cu revascularizație percutanată, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu bypass coronarian
25. Afecțiuni postoperatorii și ortopedice până la vindecare
26. Risc obstetrical crescut la gravide
27. Astm bronșic
28. Glaucom
29. Statuspost AVC
30. Ulcer peptic gastroduodenal
31. Boala celiacă la copil
32. Boala cronică inflamatorie intestinală (boala Crohn și colita ulceroasă)
33. Sindromul Schwachmann
34. Hepatita cronică de etiologie virală B, C și D și ciroza hepatică în tratament cu imuno-modulatoare sau analogi nucleotidici/nucleozidici
35. Boala Hirschprung
36. Bolile nutriționale la copii (rahitism carențial comun, malnutriția protein-calorică la sugar și copii, anemiile carențiale până la normalizare hematologică și biochimică) supraponderea și obezitatea pediatrică
37. Bronșiectazia și complicațiile pulmonare supurative
38. Scleroza multiplă
39. Demențe degenerative, vasculare, mixte
40. Starea posttransplant

41. Insuficiența renală cronică - faza de dializă

42. Bolile rare (hemofilia și talasemia, mucoviscidoza, hipertensiunea pulmonară, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader-Willi, osteogeneza imperfectă, boala Fabry, boala Pompe, tireozinemia, sindrom Hunter, sindrom Hurler, afibrinogenemia congenitală, sindrom de imunodeficiență primară, fenilcetonuria sau deficit de tetrahidrobiopterina-BH4, polineuropatia familială amiloidă cu transtiretină, scleroza sistemică și ulcere digitale evolutive, purpura trombocitopenică cronică la adulți splenectomizați și nesplenectomizați, scleroza tuberoasă)

43. Afecțiuni oncologice și oncohematologice

44. Diabetul zaharat cu sau fără complicații

45. Boala Gaucher

46. Boala Graves-Basedow și alte forme de hipertiroidism

47. Degenerescenta maculară legată de vârstă (DMLV)

48. Boala Cushing

49. Paraliziile cerebrale infantile

50. Epilepsia

51. Boala Parkinson

52. Poliartrita reumatoidă, artropatia psoriazică, spondilita anchilozantă, psoriazis cronic sever

53. Afecțiuni ale copilului 0 - 1 an

54. Anomalii de mișcare binoculară (strabism, forii) copii 0 - 18 ani

55. Vicii de refracție și tulburări de acomodare copii 0 - 18 ani

56. Afecțiuni ale aparatului lacrimal (1 - 3 ani)

57. Infarctul intestinal operat

58. Arteriopatii periferice operate

59. Insuficiență respiratorie cronică severă

NOTA 1: Prezentarea se face direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fără bilet de trimitere pentru afecțiunile de mai sus.

NOTA 2: Medicul de specialitate trebuie să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit schimbări în evoluția bolii și în atitudinea terapeutică.

NOTA 3: Pentru bolile cronice pentru care se face management de caz, prezentarea la medicul de specialitate se face cu bilet de trimitere de la medicul de familie pe care este evidențiat management de caz.

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU MEDICINA DENTARĂ

Cod	Acte terapeutice	Tarif lei	Suma decontată de CAS		
			Copii 0 – 18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale
1.*)	Consultație - include modelul de studiu, după caz, controlul oncologic și igienizarea.	133	100%	60%	100%
	*) Se acordă o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat peste 18 ani și o consultație la 6 luni pentru copii până la 18 ani.				
2.	Tratamentul cariei simple	94	100%	100%	100%
2.1.	Obturația dintelui după tratamentul afecțiunilor pulpare sau al gangrenei	120	100%	60%	100%
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare cu anestezie	97	100%	60%	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	39	100%	100%	100%
5.	Tratamentul gangrenei pulpare	109	100%	60%	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie	109	100%	100%	100%
7.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie	94	100%	100%	100%
8.	Extracția dinților temporari cu anestezie	20	100%		
9.	Extracția dinților permanenți cu anestezie	70	100%	60%	100%
10.**)	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei	86	100%	100%	100%
	**) În situația în care se efectuează în aceeași sedință în care a fost extras dinte respectiv, nu este decontat de casa de asigurări de sănătate.				
11.	Decapuşonarea la copii	47	100%		
12.	Reducerea luxației articulației temporo-mandibulare	62	100%	100%	100%
13.***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă	850		60%	100%
	***) Se acordă o dată la 4 ani.				
14.****)	Reparație proteză	78		100%	100%
	****) Se acordă o dată pe an.				
14.1.****)	Rebazare proteză	150		100%	100%
	****) Se acordă o dată pe an.				
15.	Element protetic fizionomic (acrilat / compozit)	78	100%	60%	100%
16.	Element protetic semi-fizionomic (metal + acrilat / compozit)	170	100%	60%	100%
17.	Reconstituire coroană radiculară	100	100%	60%	100%
18.*****)	Decon condiționarea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul	546	100%		

	angrenajului invers prin inel/gutiere + bărbuță și capelină				
19.	Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ședință	20	100%		
20.*****)	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale	780	100%		
21.	Șlefuirea în scop ortodontic/dinte	20	100%		
22.*****)	Reparație aparat ortodontic	390	100%	100%*1)	
	*1) Se decontează pentru tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă				
	*****) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodonție și ortopedie dento-facială.				
23.	Menținătoare de spațiu mobile	468	100%		
24.*****)	Sigilare/dinte	78	100%		
	*****) O procedură decontată la 2 ani.				

NOTĂ: În cadrul grupei de vârstă peste 18 ani – numai pentru tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă, casele de asigurări de sănătate decontează 100% tarifele aferente serviciilor de medicină dentară pentru care în tabelul de mai sus este prevăzut procentul de 60%.

1. Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști, cu excepția celor de la codurile 18, 20 și 22 din tabel.

2. Serviciile de medicină dentară de urgență sunt prevăzute la codurile 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14 și 14.1 și 22, din tabel.

3. Dentiștii acordă numai serviciile prevăzute la codurile 1, 2, 2.1, 4 și 24 din tabel.

4. Formula dentară:

Dinți permanenți:

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

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.

6. Medicii de medicină dentară pot efectua radiografiile dentare (retroalveolară și panoramică) cuprinse în anexa nr. 17 la ordin ca o consecință a actului medical propriu, pentru asigurării pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de medicină dentară, dacă au autorizațiile necesare efectuării acestor servicii și dotările necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 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.

7. Pentru beneficiarii legilor speciale tarifele aferente serviciilor prevăzute la codurile 1, 2, 2.1., 3, 5, 9 și 13 se suportă din fond în mod diferențiat, după cum urmează:

- 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 casele de asigurări de sănătate este de 60%;

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

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

- pentru celelalte categorii de asigurați beneficiari ai legilor speciale, procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 100%;

8. Tarifele pentru actele terapeutice prevăzute la codurile 2, 2.1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 15, 16, 17, 21 și 24 sunt corespunzătoare pentru o unitate dentară - pentru un dinte.

B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARĂ

1. Serviciile din pachetul minimal sunt servicii de urgență prevăzute la punctul 2 de la lit. A.

2. Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul minimal de servicii pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști, cu excepția celor de la codul 22 din tabelul de la litera A.

3. Dentiștii acordă numai serviciul prevăzut la codul 4 din tabelul de la litera A.

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

5. Persoanele beneficiare ale pachetului minimal suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate - radiografii dentare și tratamentul prescris.

C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, 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 medicină dentară prevăzute la lit. B din prezenta anexă, devenite necesare pe timpul șederii temporare în România.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la lit. A din prezenta anexă, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

3. 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 medicină dentară prevăzute la lit. A din prezenta anexă, sau de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la lit. B din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ**În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară**

ART. 1 Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face prin tarif pe serviciu medical în lei.

ART. 2 Lista serviciilor medicale de medicină dentară și a tratamentelor de medicină dentară, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicină dentară, și condițiile acordării acestora sunt prevăzute în anexa nr. 14 la ordin.

ART. 3 (1) La stabilirea valorii de contract pentru medicii de medicină dentară/dentiști se au în vedere:

- a) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii de medicină dentară;
- b) numărul de medici de medicină dentară și dentiști care intră în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate;
- c) gradul profesional. Pentru medicul primar se aplică o majorare de 20%, iar pentru medicul care nu a obținut un grad profesional se aplică o diminuare de 20%;
- d) pentru medicii din mediul rural suma ajustată cu gradul profesional se majorează cu 50%;
- e) suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 1.600 lei/lună. Suma contractată se defalcchează pe trimestre și luni.

(2) Lunar casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară serviciile medicale de medicină dentară furnizate în limita valorii trimestriale de contract. Furnizorii de servicii medicale de medicină dentară pot efectua servicii medicale peste valoarea lunară de contract/act adițional în limita a maxim 10%, cu excepția lunii decembrie, cu condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adițional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv.

(3) În situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate, față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în trimestrul respectiv și-au epuizat valoarea de contract și se repartizează proporțional, corespunzător elementelor utilizate la stabilirea valorii de contract.

Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică decât cel mai mic tarif aferent unui act terapeutic dintre cele prevăzute în pachetul de servicii de bază se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

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

Prin excepție, pentru trimestrul IV 2017, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate, față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate asiguraților 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 2017 cu destinația servicii medicale dentare se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de contractare.

ART. 4 În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse și cheltuielile aferente activităților de tehnică dentară. Plata acestora se face de către reprezentantul legal al cabinetului de medicină dentară direct către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

ART. 5 Casele de asigurări de sănătate țin evidența serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat și pe fiecare cod din formula dentară prevăzută în anexa nr. 14 la ordin.

ART. 6 Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune/transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART. 7 Contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară care nu se regăsesc în anexa nr. 14 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinetul medical, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

ART. 8 În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați numai medici și/sau dentiști, precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare. Medicii sau dentiștii angajați în cabinete medicale individuale nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de medicină dentară pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 9 Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, contractele/actele adiționale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura căreia se află aceste unități și casa de asigurări de sănătate.

ART. 10 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de medicină dentară întâlniri cu medicii de medicină dentară pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de medicină dentară din ambulatoriu măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

CONTRACT DE FURNIZARE**de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară****I. Părțile contractante**

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

și

- Cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare:
 - cabinetul individual, reprezentat prin medicul dentist/dentistul titular
 - cabinetul asociat sau grupat, reprezentat prin medicul dentist delegat
 - societatea civilă medicală, reprezentată prin administrator
 - unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ..., reprezentată prin
 - Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, ..., reprezentată prin
 - ambulatoriul de specialitate și ambulatoriul integrat din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentat prin, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;
 - Centrul de diagnostic și tratament, centru medical și unitatea medicală cu personalitate juridică, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fax, e-mail, reprezentat prin
 - Centrul de sănătate multifuncțional, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresa de e-mail, fax, reprezentat prin

NOTĂ:

În situația în care furnizorul are punct/puncte secundare de lucru acestea se vor evidenția distinct, fiind menționate adresa, telefon fix/mobil, adresă de e-mail.

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 Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

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 și în pachetul minimal de servicii de medicină dentară, prevăzute în anexa nr. 14 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, în următoarele specialități:

a)

b)

c)

.....

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de medicină dentară din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face de către următorii medici dentiști/dentiști:

1.

2.

3.

4.

.....

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2017.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

ART. 6 În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 186 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicină dentară sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală și materiale sanitare acordate de alți furnizori aflați în relație

contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

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

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice (radiografie dentară retroalveolară și radiografie panoramică), numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

k) să contracteze servicii medicale de medicină dentară, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile stabilite prin anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

ART. 7 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de medicină dentară furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical și ale asiguratului referitor la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

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

care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și/sau tratate în ambulatoriu.

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

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

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

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară, și să recomande investigațiile paraclinice în concordantă cu diagnosticul, 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 electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea serviciilor medicale de medicină dentară asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate și partea de contribuție personală suportată de asigurat; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

q) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale fără a mai fi necesară o raportare lunară în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la

data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

s) 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/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

t) să asigure acordarea serviciilor medicale de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii medicale;

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

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

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

w) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

x) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile efectuate/documentele eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

y) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale de medicină dentară programabile, dacă este cazul;

z) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

aa) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

ab) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ac) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație prin serviciul on-line pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

ad) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverință înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ae) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. ad) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistența medicală dentară din ambulatoriu este tariful pe serviciu medical în lei.

ART. 9 Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora și în condițiile prevăzute în anexa nr. 14 respectiv în anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 și în limita sumei contractate și defalcate trimestrial și lunar/cabinet/medic, stabilită conform art. 3 din anexa nr. 15 la ordinul menționat mai sus.

Suma anuală contractată este de lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei
- din care:
- luna X lei
- luna XI lei
- luna XII lei.

ART. 10 (1) Decontarea serviciilor de medicină dentară se face lunar, în maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data de

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

La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 3 alin. (3) din anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic dentist din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic dentist

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Codul de parafă al medicului:

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic dentist

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Codul de parafă al medicului:

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile de medicină dentară furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și

încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

ART. 15 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

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 lit. b), c), e) - h), j) - t), u), w), y) precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente, 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 prevăzută la art. 7 lit. ab), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. ab) se constată de casele de asigurări de sănătate 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 potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depășește prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(8) Recuperarea 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, cu aceeași destinație.

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

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

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

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

g) la a doua constatare în urma controlului efectuat 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 obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. x);

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) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 15 alin. (1), (2) și (4) precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 15 alin. (3).

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor 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, 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 Dentiști din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 18 lit.

a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

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

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

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

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 18 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale 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. 58 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. v), 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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

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

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor dentiști de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale, centrele de sănătate multifuncționale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate și care se află în această situație.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) – e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) – e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de medicină dentară.

ART. 19 Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu/prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 20 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatea medicină dentară, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai cu putință spiritului contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
.....

Director executiv al
Direcției Economice,
.....

Director executiv al
Direcției Relații Contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINĂ
DENTARĂ

Reprezentant legal,
.....

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.

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE

1. Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator

Nr. Crt.		Denumirea analizei de laborator	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
		Hematologie	
1.	2.6001	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari*1)	14,01
2.	2.6002	Numărătoare reticulocite	5,62
3.	2.6003	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	18,62
4.	2.6040	VSH*1)	2,63
5.	2.60501	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO*1)	7,54
6.	2.60502	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh*1)	7,88
7.	2.6059	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă	7,54
8.	2.6101	Timp Quick și INR*1) (International Normalised Ratio)	14,68
9.	2.6102	APTT	12,30
10.	2.6103	Fibrinogenemie*1)	13,68
		Biochimie - serică și urinară	
11.	2.1002	Proteine totale serice*1)	7,04
12.	2.1003	Electroforeza proteinelor serice*1)	15,20
13.	2.10063	Feritină serică *1)	40,00
14.	2.1011	Uree serică*1)	5,86
15.	2.1012	Acid uric seric*1)	5,86
16.	2.1014	Creatinină serică*1), **)	5,92
17.	2.1015	Bilirubină totală*1)	5,86
18.	2.1016	Bilirubină directă*1)	5,86
19.	2.1020	Glicemie*1)	5,74
20.	2.10303	Colesterol seric total*1)	5,74
21.	2.10304	HDL colesterol*1)	8,19
22.	2.10305	LDL colesterol*1)	7,69
23.	2.10306	Trigliceride serice*1)	7,04
24.	2.10402	TGP*1)	5,86
25.	2.10403	TGO*1)	5,83
26.	2.10404	Creatinkinaza CK	10,00
27.	2.10406	Gama GT *1)	7,99
28.	2.10409	Fosfatază alcalină*1)	7,79
29.	2.10500	Sodiu seric*1)	10,00
30.	2.10501	Potasiu seric*1)	11,00
31.	2.10503	Calciu seric total*1)	5,37
32.	2.10504	Calciu ionic seric*1)	7,88
33.	2.10505	Magneziemie*1)	5,37

34.	2.10506	Sideremie*1)	7,10
35.	2.10507	Fosfor (fosfat seric) *9)	13,00
36.	2.2600	Examen complet de urină (sumar + sediment) *1)	9,34
37.	2.2604	Dozare proteine urinare*1)	5,37
38.	2.2612	Microalbuminuria (albumină urinară) *8)	22,00
39.	2.2622	Dozare glucoză urinară*1)	5,37
40.	2.2623	Creatinină urinară *8)	8,00
		Imunologie	
41.	2.2500	TSH*1)	20,50
42.	2.2502	FT4*1)	20,83
43.	2.2507	Parathormonul seric (PTH)	43,00
44.	2.2509	Hormonul foliculinostimulant FSH	23,82
45.	2.2510	Hormonul luteinizant (LH)	23,82
46.	2.2514	Cortizol	27,87
47.	2.2521	Testosteron	30,10
48.	2.2522	Estradiol	23,82
49.	2.2523	Progesteron	25,31
50.	2.2525	Prolactină	25,31
51.	2.327091	Anti-HAV IgM*2)	40,98
52.	2.327092	Ag HBs (screening) *2)	31,15
53.	2.327093	Anti HCV*2)	64,90
54.	2.32710	Testare HIV la gravidă*1)	33,29
55.	2.40000	ASLO*1)	11,48
56.	2.40010	VDRL*1) sau RPR*1)	5,49
57.	2.40013	Confirmare TPHA*4)	12,29
58.	2.40203	Antigen Helicobacter Pylori*1)	40,00
59.	2.430011	Complement seric C3	10,84
60.	2.430012	Complement seric C4	10,84
61.	2.43010	IgG seric	14,77
62.	2.43011	IgA seric	14,77
63.	2.43012	IgM seric	15,10
64.	2.43014	IgE seric	14,29
65.	2.40053	Proteina C reactivă*1)	10,67
66.	2.43040	Factor reumatoid	9,34
67.	2.43044	ATPO	39,00
68.	2.43135	PSA*1)	23,07
69.	2.43136	free PSA*6)	23,61
		Microbiologie	
		Exudat faringian	
70.	2.3025	Examen bacteriologic exudat faringian - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană*1)	15,29
71.	2.50102	Examen fungic exudat faringian - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică*1)	15,29
		Examen urină	
72.	2.3100	Urocultură*1) - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
		Examene materii fecale	
73.	2.3062	Coprocultură*1) - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
74.	2.50120_1	Examen micologic materii fecale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29

75.	2.5100	Examen coproparazitologic*1)	12,46
76.	2.2701	Depistare hemoragii oculute*1)	25,00
		Examene din secreții vaginale	
77.	2.3074	Examene din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
78.	2.50114	Examene din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29
		Examene din secreții uretrale	
79.	2.3080	Examene din secreții uretrale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
80.	2.50115	Examene din secreții uretrale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29
		Examene din secreții otice	
81.	2.3050	Examen bacteriologic din secreții otice - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
82.	2.50119	Examen fungic din secreții otice - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29
		Examene din secreții nazale	
83.	2.3022	Examen bacteriologic din secreții nazale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană*1)	15,29
84.	2.50103	Examen fungic din secreții nazale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică*1)	15,29
		Examene din secreții conjunctivale	
85.	2.3040	Examen bacteriologic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
86.	2.50110	Examen fungic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29
		Examene din colecție purulentă	
87.	2.5032	Examen bacteriologic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
88.	2.50120_2	Examen fungic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29
		Testarea sensibilității la substanțe antimicrobiene și antifungice	
89.	2.313	Antibiogramă*5)	12,23
90.	2.502	Antifungigramă*5)	14,55
		Examinări histopatologice și citologice	
91.	2.9021_1	Examen histopatologic procedura completă HE (1 - 3 blocuri) *7)	130
92.	2.9021_2	Examen histopatologic procedura completă HE (4 - 6 blocuri) *7)	250
93.	2.9010_1	Examen histopatologic procedura completă HE și colorații speciale (1 - 3 blocuri) *7)	160
94.	2.9010_2	Examen histopatologic procedura completă HE și colorații speciale (4 - 6 blocuri) *7)	280
95.	2.9030	Teste imunohistochimice*)	200 lei/set
96.	2.9022	Citodiagnostic spută prin incluzii la parafină (1 - 3 blocuri)	100
97.	2.9160	Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau*1)	40
98.	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncție	80

NOTA 1:

*) Un set cuprinde 1 - 4 teste și se decontează maxim 2 seturi; se efectuează la recomandarea medicilor de specialitate din specialitățile oncologie și hematologie sau fără recomandarea medicului specialist pe răspunderea medicului de pe anatomie patologică atunci când apreciază necesar pentru stabilirea diagnosticului.

****)** Laboratoarele înscriu pe buletinele de analiză rata estimată a filtrării glomerulare (eRGF) prin formula CKD-EPI 2009 la fiecare determinare a creatininei serice, pentru asigurații care au evidențiat pe biletul de trimitere pentru investigații paraclinice că aceasta este evidențiat - management de caz pentru boala cronică de rinichi. În situația în care pe buletinele de analiză ale pacienților cu management de caz, nu este înscrisă rata estimată a filtrării glomerulare (eRGF), investigația nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

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

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

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

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

***5)** Se decontează numai în cazul în care cultura este pozitivă, fără recomandarea medicului de familie sau de specialitate din specialitățile clinice, pe răspunderea medicului de laborator. Se decontează o antibiogramă/antifungigramă, după caz, pentru fiecare din culturile pozitive identificate.

***6)** Se recomandă pentru bolnavii cu afecțiuni oncologice, de către medicii de specialitate din specialitățile clinice oncologie și hematologie și de către medicii de specialitate urologie pentru diagnosticul diferențial al cancerului de prostată. Această investigație se decontează și fără recomandarea medicului de familie sau de specialitate din specialitățile clinice, numai pentru valori determinate ale PSA cuprinse între 4 - 10 nanograme/ml sau între 4 - 10 micrograme/litru, pe răspunderea medicului de laborator.

***7)** Tariful cuprinde bloc inclus la parafină, secționare, colorare hematoxin-eozină și diagnostic histopatologic.

***8)** Investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie, pentru asigurații care au evidențiat pe biletul de trimitere pentru investigații paraclinice management de caz pentru HTA, dislipidemie, diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boală cronică de rinichi, după caz.

***9)** Investigații paraclinice ce pot fi recomandate și de medicii de familie pentru copiii cu grupa de vârstă 2-5 ani inclusiv, în cadrul serviciilor medicale preventive.

NOTA 2: Pentru culturile bacteriene și fungice, prețul include toate etapele diagnosticului: examene microscopice, cultură și identificare.

NOTA 3: Toate examinările histopatologice și citologice (cu excepția testelor imunohistochimice) din pachetul de bază din ambulatoriu se efectuează numai pentru probele recoltate în cabinetele de specialitate din ambulatoriu; din piesele recoltate din ambulatoriu pot fi prelevate maxim 6 blocuri.

NOTA 4: Investigațiile paraclinice - analize de laborator recomandate de medicul de familie urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, precum și pentru persoanele asimptomatice peste 18 ani, prevăzute la nota 1 de la punctul 1.2.1, respectiv nota 1 de la punctul 1.2.3 din anexa nr. 1 la ordin, se efectuează pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie; biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice și are completat câmpul corespunzător prevenției. Contravaloarea acestor investigații paraclinice se suportă de către furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate

2. Lista investigațiilor paraclinice de radiologie imagistică medicală, medicină nucleară și explorări funcționale

Nr. crt.	Denumire examinare radiologică/imagistică medicală/explorare funcțională	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
	I. Radiologie - Imagistică medicală	
	A. Investigații convenționale	
	1. Investigații cu radiații ionizante	
1	Examen radiologic cranian standard*1)	18
2	Examen radiologic cranian în proiecție sinusuri anterioare ale feței*1)	30
3	Examen radiologic părți schelet în 2 planuri*1)	35
4	Radiografie de membre*1):	35
	a) Braț	
	b) Cot	
	c) Antebraț	
	d) Pumn	
	e) Mână	
	f) Șold	
	g) Coapsă	
	h) Genunchi	
	i) Gambă	
	j) Glezna	
	k) Picior	
	l) Calcaneu	
5.	Examen radiologic articulații sacro-iliace*1)	35
6.	Examen radiologic centură scapulară*1)	23
7.	Examen radiologic coloană vertebrală/segment*1)	35
8.	Examen radiologic torace ansamblu*1)	32
9.	Examen radiologic torace osos (sau părți) în mai multe planuri/Examen radiologic torace și organe toracice*1)	32
10.	Examen radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ*1)	32
11.	Examen radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast*1)	56
12.	Examen radiologic tract digestiv până la regiunea ileo-cecală, cu substanță de contrast*1)	82
13.	Examen radiologic colon dublu contrast	100
14.	Examen radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare	70
15.	Examen radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast	220
16.	Cistografie de reflux cu substanță de contrast	250
17.	Pielografie	250
18.	Examen radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast	250
19.	Examen radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast	250
20.	Examen radiologic uter și oviduct cu substanță de contrast	280
21.	Radiografie retroalveolară	15
22.	Radiografie panoramică	30
23.	Mamografie în două planuri*1)	35

	- Obligativu în baza unui bilet de trimitere investigația se efectuează pentru ambii sâni, cu excepția situațiilor în care asigurata are mastectomie unilaterală - Tariful se referă la examinarea pentru un sân	
24.	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanță de contrast	200
25.	Osteodensitometrie segmentară (DXA) *1)	25
	2. Investigații neiradiante	
26.	Ecografie generală (abdomen + pelvis) *1)	60
27.	Ecografie abdomen*1)	40
28.	Ecografie pelvis*1)	30
29.	Ecografie transvaginală/transrectală	50
30.	Ecografie de vase (vene)	30
31.	Ecografie de vase (artere)	30
32.	Ecografie ganglionară	30
33.	Ecografie transfontanelară	40
34.	Ecografie de organ/articulație/părți moi*2)	25
35.	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II	350
36.	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN	80
37.	Senologie imagistică *1) - Obligativu în baza unui bilet de trimitere investigația se efectuează pentru ambii sâni, cu excepția situațiilor în care asigurata are mastectomie unilaterală - Tariful se referă la examinarea pentru un sân	40
38.	Ecocardiografie	40
39.	Ecocardiografie + Doppler	50
40.	Ecocardiografie + Doppler color	55
41.	Ecocardiografie transesofagiană	170
	B. Investigații de înaltă performanță	
42.	CT craniu nativ	120
43.	CT buco-maxilo-facial nativ	150
44.	CT regiune gât nativ	130
45.	CT regiune toracică nativ	175
46.	CT abdomen nativ	175
47.	CT pelvis nativ	175
48.	CT coloană vertebrală nativ/segment	60
49.	CT membre nativ/membru	60
50.	CT mastoidă	150
51.	CT sinusuri	150
52.	CT craniu nativ și cu substanță de contrast	375
53.	CT hipofiză cu substanță de contrast	375
54.	CT buco-maxilo-facial nativ și cu substanță de contrast	400
55.	CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast	375
56.	CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast	450
57.	CT abdomen nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	400
58.	CT pelvis nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	400
59.	CT coloană vertebrală nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos/segment	400
60.	CT membre nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos/ membru	180
61.	CT ureche internă	375
62.	Uro CT	400
63.	Angiografie CT membre	400
64.	Angiografie CT craniu	400

65.	Angiografie CT regiune cervicală	400
66.	Angiografie CT torace	400
67.	Angiografie CT abdomen	400
68.	Angiografie CT pelvis	400
69.	Angiografierografie CT	700
70.	RMN cranio-cerebral nativ	450
71.	RMN sinusuri	450
72.	RMN torace nativ	450
73.	RMN gât nativ	450
74.	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrată) nativ	450
75.	RMN abdominal nativ	450
76.	RMN pelvin nativ	450
77.	RMN extremități nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	450
78.	RMN umăr nativ	450
79.	RMN umăr nativ și cu substanță de contrast	700
80.	RMN torace nativ și cu substanță de contrast	700
81.	RMN regiune cervicală nativ și cu substanță de contrast	700
82.	RMN cranio-cerebral nativ și cu substanță de contrast	700
83.	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrată) nativ și cu substanță de contrast	700
84.	RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast	700
85.	RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast	700
86.	RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu substanță de contrast	700
87.	RMN cord nativ	450
88.	RMN cord nativ și cu substanță de contrast	700
89.	RMN hipofiză cu substanță de contrast	700
90.	Uro RMN cu substanță de contrast	850
91.	Angiografia RMN trunchiuri supraaortice	400
92.	Angiografia RMN artere renale sau aorta	400
93.	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis, membre etc.)	600
94.	Angiografia carotidiană cu substanță de contrast	400
95.	RMN abdominal cu substanță de contrast și colangio RMN	800
96.	Colangio RMN	300
97.	RMN sâni nativ	450
98.	RMN sâni nativ și cu substanță de contrast	700
	II. Explorări funcționale	
99.	EKG*1)	10
100.	Holter TA	25
101.	Spirometrie*1)	20
102.	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor	25
103.	Peak-flowmetrie*1)	5
104.	Electroencefalografia (EEG)	20
105.	Electromiografie (EMG)	25
106.	Testul de efort pentru evaluarea funcției respiratorii	20
107.	Spirometrie de efort	20
108.	Bronhospirimetrie	20
109.	Teste de provocare inhalatorii	20
110.	Înregistrare ECG continuă ambulatorie, holter	75
	III. Medicină nucleară	
111.	Scintigrafia renală	450
112.	Scintigrafia cerebrală (scintigrafie SPECT perfuzie cerebrală -30/90 min de la inj.)	450

113.	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică la efort (scintigrafie SPECT perfuzie miocardică efort)	450
114.	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică în repaus (scintigrafie SPECT perfuzie miocardică repaus)	450
115.	Studiu radioizotopic de perfuzie pulmonară/scintigrafie perfuzie pulmonară	450
116.	Scintigrafia osoasă localizată	450
117.	Scintigrafia osoasă completă	450
118.	Scintigrafia hepatobiliară	450
119.	Scintigrafia tiroidiană	450
120.	Scintigrafia paratiroidiană	450

NOTA 1:

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

*2) Ecografie de organ - renală poate fi recomandată de medicii de familie numai pentru boala cronică de rinichi, pentru asigurații care au evidențiat pe biletul de trimitere pentru investigații paraclinice management de caz.

NOTA 2: Filmele radiologice și/ sau CD-urile conținând imaginile achiziționate, precum și substanțele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA 3: Indicația de utilizare a substanței de contrast aparține medicului de specialitate radiologie și imagistică medicală care va confirma utilizarea substanței de contrast prin aplicarea parafei și semnăturii pe biletul de trimitere.

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

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

NOTA 4: Pentru medicii cu specialități medicale clinice, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice care își desfășoară activitate în cabinete indiferent de forma lor de organizare, în condițiile în care aceștia au competența/atestatele de studii complementare corespunzătoare specialității, după caz și dotarea necesară:

a) Serviciul prevăzut la poziția 26 se decontează medicilor de familie și medicilor de specialitate pentru specialități clinice.

b) Serviciile prevăzute la poziția 27 și 28 se decontează medicilor de specialitate pentru specialități clinice;

c) Serviciile prevăzute la poziția 29 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice, respectiv specialitatea urologie și numai pentru afecțiuni urologice - prostată și vezică urinară;

d) Serviciile prevăzute la pozițiile: 38, 39, 40 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: cardiologie, medicină internă, neurologie, pediatrie, geriatrie și gerontologie; serviciile prevăzute la poziția 30 și 31 se decontează pentru medicii de specialitate din specialitățile clinice de cardiologie, medicină internă, nefrologie, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, chirurgie vasculară și chirurgie cardiovasculară; serviciul prevăzut la poziția 41 se decontează numai pentru medicii de specialitate cardiologie;

e) Serviciul prevăzut la poziția 32 se decontează medicilor din specialitatea: oncologie, hematologie, endocrinologie, chirurgie generală, chirurgie orală și maxilo-facială, pediatrie și medicină internă;

f) Serviciile prevăzute la poziția 33 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;

g) Serviciile prevăzute la poziția 34 (ecografie de organ/de părți moi/de articulație) se decontează numai pentru medicii din specialitățile: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie și recuperare, medicină fizică și balneologie;

h) Serviciile prevăzute la pozițiile 35 și 36 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală;

i) Serviciile prevăzute la poziția 37 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie dacă au atestat/competență de senologie imagistică;

NOTA 5:

a) Pentru serviciile prevăzute la pozițiile: 2 - 4, 7, 21, 23, 48, 49, 59, 60, 63, 74, 77, 83, 86, 93 tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru indiferent de numărul de incidente recomandate și efectuate, cu excepția serviciilor prevăzute la poz. 2, 3, 4, 7, 21 și 23 pentru care tariful se referă la minim 2 incidente. În cazul explorării mai multor segmente/membre, se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;

b) Pentru serviciul prevăzut la poziția 25 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.

c) În cazul investigațiilor CT și RMN efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani care necesită efectuarea anesteziei generale și implicit prezența unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora se vor majora cu 20%. Pentru investigațiile CT și RMN prevăzute la pozițiile: 48, 49, 59, 60, 63, 74, 77, 83, 86, 93 la care tariful aferent 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 20% aplicată numai la tariful pentru un singur segment, indiferent de câte segmente anatomice se examinează simultan.

NOTA 6: Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se decontează numai pe bază de recomandare medicală asiguraților în următoarele condiții:

a) Urgențe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 22 la ordin;

b) Afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare.

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice. În acest caz biletul de trimitere cuprinde și datele din fișele de solicitare prevăzute în anexa nr. 24 la ordin; biletele de trimitere se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea și un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. La biletul de trimitere se atașează de către medicul trimițător, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

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

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. 26 și 99 respectiv ecografie generală (abdomen + pelvis) și EKG.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, 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 lit. A, 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 anexa nr. 1 litera B punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 respectiv la anexa nr. 7 litera B pct. 1, subpunctul 1.2 la ordin.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă. Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană.

3. 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 lit. A din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

ART. 1 Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

ART. 2 (1) La stabilirea sumei contractate pentru investigațiile medicale paraclinice prevăzute în anexa nr. 17 la ordin, de către:

- furnizorii de servicii medicale paraclinice (de analize medicale de laborator, de anatomie patologică, de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și de investigații medicale paraclinice - explorări funcționale),
- furnizorii de servicii medicale clinice (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice),
- medicii de familie (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară),
- furnizorii 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 pentru analize medicale de laborator/tarifele aferente investigațiilor paraclinice de radiologie - imagistică medicală, medicină nucleară și explorări funcționale prevăzute în anexa nr. 17 la ordin.

Numărul de investigații paraclinice negociat între furnizorii de investigații medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografii), medicii de familie (numai pentru ecografie generală - abdomen și pelvis și EKG), furnizorii de servicii de medicină dentară (numai pentru radiografia dentară retroalveolară și panoramică) și casele de asigurări de sănătate se stabilește în limita numărului de investigații paraclinice necesar pe total județ, determinat de comisia constituită conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, cu încadrarea în suma prevăzută cu această destinație.

Repartizarea fondului alocat la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie-imagistică medicală și explorări funcționale, se stabilește de către comisia constituită conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, cu încadrarea în suma prevăzută cu această destinație.

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

(2) Numărul investigațiilor paraclinice negociat este orientativ, existând obligația încadrării în valoarea lunară a contractului/actului adițional.

(3) Lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligația încadrării în limita valorii lunare de contract stabilită pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie-imagistică medicală și explorări funcționale. În situația în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea lunară contractată inițial pe tipuri de investigații aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeași lună și-au epuizat valoarea de contract. Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării actului adițional, și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii

contractului pentru anul în curs până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Prin consum mediu lunar, se înțelege contravaloarea serviciilor medicale paraclinice – pe tipuri de investigații paraclinice, decontate de casa de asigurări de sănătate.

Dacă valoarea lunară de contract pentru servicii medicale paraclinice - analize de laborator rămasă neconsumată este mai mică decât 97 lei se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Dacă valoarea lunară de contract pentru servicii de anatomie patologică rămasă neconsumată este mai mică decât cel mai mic tarif aferent serviciilor de anatomie patologică contractate se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Dacă valoarea lunară de contract pentru servicii medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală rămasă neconsumată este mai mică decât cel mai mic tarif aferent serviciilor de radiologie - imagistică medicală și explorări funcționale contractate se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

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

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2017 cu destinația servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele/actele adiționale inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în prezentele norme, precum și reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat.

(6) În situații justificate furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigații medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală, precum și servicii medicale paraclinice - explorări funcționale - pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunară de contract/act adițional în limita a maxim 10%, cu excepția lunii decembrie, cu condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adițional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În aceasta situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în 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. 19 și 20 la ordin se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare și a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului;

Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

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

ART. 3 (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. 17 la ordin.

Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate pentru investigațiile paraclinice sunt cele prevăzute în anexa nr. 17 la ordin.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează ecografiile furnizorilor de servicii medicale clinice precum și ecografiile generale (abdomen și pelvis) și EKG furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară, cuprinse în anexa nr. 17 la ordin, în condițiile prevăzute în anexa nr. 17 la ordin, la tarifele prevăzute în aceeași anexă.

Pentru ecografiile și EKG-urile pentru care medicii de familie încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, programul de lucru se prelungește corespunzător.

Pentru ecografiile pentru care medicii cu specialități medicale clinice încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, programul de lucru se prelungește corespunzător.

Pentru medicii cu specialități medicale clinice aceste investigații medicale paraclinice pot fi efectuate atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca urmare a trimiterii de către alți medici de specialitate în cadrul unui program suplimentar față de cel contractat pentru serviciile medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice.

(3) Casele de asigurări de sănătate nu decontează investigațiile paraclinice - analize de laborator recomandate de medicul de familie urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, precum și pentru persoanele asimptomatice peste 18 ani, prevăzute la nota 1 de la punctul 1.2.1, respectiv nota 1 de la punctul 1.2.3 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin.

Contravaloarea acestor investigații paraclinice se suportă de către furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, în cuantum de 12% raportată la suma totală contractată cu casele de asigurări de sănătate pentru analize medicale de laborator, defalcată proporțional pe luni.

Prevederile nu se aplică furnizorilor care contractează cu casa de asigurări de sănătate numai servicii de anatomie patologică.

Pentru investigațiile paraclinice anterior menționate, furnizorul de servicii medicale paraclinice transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este prevăzut prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 4 (1) Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin excepție biletele de trimitere pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru afecțiunile cuprinse în unele programe naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție precum și cele pentru afecțiunile oncologice, au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice este de până la 60 zile calendaristice. Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice - examinări histopatologice și citologice are termen de valabilitate 90 de zile calendaristice având în vedere specificul recoltării și transmiterii probei/probelor către un furnizor de servicii de anatomie patologică. Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice recomandate de medicul de familie/medicul de specialitate din ambulatoriu, care are evidențiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice.

Un exemplar al biletului de trimitere rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat 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 în perioada de valabilitate a biletului de trimitere, consemnând pe verso-ul exemplarului de bilet de trimitere data prezentării pentru programare și data programării, semnătura și ștampila furnizorului; dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice.

Pentru investigații paraclinice - examinări histopatologice, citologice și de microbiologie, dacă recoltarea probei/probelor se face de către medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul care a făcut recoltarea probei/probelor din care un exemplar însoțește proba/probele recoltate și se transmite furnizorului de servicii de anatomie patologică împreună cu aceasta/acestea.

La momentul prezentării la furnizorul de investigații paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigațiilor, cu excepția examinărilor histopatologice și citologice, asiguratul va declara pe proprie răspundere pe verso-ul biletului de trimitere, că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigațiilor.

Dacă recoltarea probei/probelor se face într-un laborator aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în vederea efectuării unor examinări histopatologice/citologice în regim ambulatoriu,

asiguratul declară pe proprie răspundere că la momentul recoltării nu se află internat într-o formă de spitalizare (continuă sau de zi).

Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectuează investigațiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere păstrează biletul de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Furnizorul de servicii medicale paraclinice transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează.

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

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

În situația în care, casa de asigurări de sănătate constată că, pe perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, asiguratul a fost internat într-un spital și declarația pe proprie răspundere consemnată pe verso-ul biletului de trimitere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

Prevederile de mai sus nu se aplică biletelor de trimitere pentru examinări histopatologice/citologice.

În situația în care, casa de asigurări de sănătate constată că, la data recoltării probei/probelor pentru examinări histopatologice/citologice la nivelul laboratorului sau de către medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, asiguratul a fost internat într-un spital și declarația pe proprie răspundere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

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

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

(5) Fiecare casă de asigurări de sănătate își organizează modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigațiile paraclinice.

În 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/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, investigațiile medicale paraclinice se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea

prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigațiilor medicale paraclinice. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități paraclinice solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigațiilor medicale paraclinice.

ART. 5 Serviciile de înaltă performanță (RMN, CT, scintigrafie și angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță care se întocmește în 2 exemplare, din care unul rămâne la medicul care a făcut trimiterea și unul la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. Biletul de trimitere pentru investigații medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară și are valabilitate 90 de zile. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează.

ART. 6 (1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale paraclinice facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

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

(2) Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligația să transmită zilnic casei de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; nerespectarea transmiterii acestor date pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea contractului.

ART. 7 Contravaloarea serviciilor medicale paraclinice care nu se regăsesc în anexa nr. 17 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinetul/laboratorul medical, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat.

ART. 8 În laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați numai medici precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

ART. 9 Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, contractele/actele adiționale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura căreia se află aceste unități și casa de asigurări de sănătate.

ART. 10 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice din ambulatoriu întâlniri cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii.

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 18 A
- 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 pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că am/nu am contract de furnizare de servicii medicale paraclinice și cu:

☐ Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești

☐ Casa de Asigurări de Sănătate

Data	Reprezentant legal
.....	(semnătura și ștampila
	)

ANEXA 18 B
- model -

Furnizori de servicii medicale paraclinice - laborator de analize medicale:
.....
Punct de lucru*1)

FORMULAR PRIVIND PERSONALUL MEDICO-SANITAR

**MEDICI/
CERCETĂTORI ȘTIINȚIFICI ÎN ANATOMIE-PATOLOGICĂ**

Total medici =

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării
- C - Nr. contract
- D - Tip contract
- E - Program de lucru
- F - Cod parafă
- G - Specialitatea/Competența
- H - Specialitatea/Competența*)
- I - Grad profesional

Nr.	Nume și	CNP	BI/	Certificat membru					Asigurare de		Contract						
crt.	prenume		CI	CMR					răspundere		(**)						
									civilă								
			Serie	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabilă	C	D	E	F	G	H	I	
			și						până la								
			nr.														

*) se completează în situația în care un medic are mai multe specialități paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății

**ASISTENȚI MEDICALI DE LABORATOR/
ASISTENȚI DE CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ ÎN ANATOMIE-PATOLOGICĂ**

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării

B - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională	Asigurare de răspundere civilă	Contract**)						
			Serie și nr.	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract	Program de lucru

Total asistenți =

CHIMIȘTI MEDICALI/CHIMIȘTI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Program de lucru

B - Cod parafă (după caz)

C - Grad profesional

D - Data eliberării

E - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională	Asigurare de răspundere civilă	Contract**)	A	B	C			
			Serie și nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract	

Total chimiști =

BIOLOGI MEDICALI/BIOLOGI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Program de lucru
- B - Cod parafă (după caz)
- C - Grad profesional
- D - Data eliberării
- E - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
			Serie și nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

Total biologi =

BIOCHIMIȘTI MEDICALI/BIOCHIMIȘTI

Total biochimiști =

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Program de lucru
- B - Cod parafă (după caz)
- C - Grad profesional
- D - Data eliberării
- E - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
			Serie și nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

*1) În situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distincte pentru personalul aferent.

** Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

NOTĂ: Se va completa în mod corespunzător un formular și pentru farmacist autorizat să lucreze în domeniul medical.

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal:

Nume și prenume, semnătura, ștampila:

Data întocmirii:

ANEXA 18 C
- model -

Furnizor de investigații medicale paraclinice de
radiologie-imagistică medicală
Punct de lucru*1)

PERSONAL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării
- C - Valabilă până la
- D - Valoare
- E - Nr. contract
- F - Tip contract
- G - Specialitatea/Competența
- H - Specialitatea/Competența*)
- I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru	Asigurare de răspundere civilă	Contract de **)									
				CMR/CMDR											
			Serie și nr.	A	B	Nr.	C	D	E	F	Program de lucru	Cod parafă	G	H	I

*) se completează în situația în care un medic are mai multe specialități paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății

Total medici =

OPERATORI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Tip de activitate**)
- B - Data eliberării
- C - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru	Contract**)	Program de lucru	Cod parafă (după caz)	A
				asociație profesională				
			Serie și nr.	B	C	Nr. contract	Tip contract	

**) absolvent colegiu imagistică medicală, bioinginer, fizician

Total operatori =

ASISTENȚI MEDICALI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării
- C - Valabilă până la
- D - Nr. contract
- E - Tip contract

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/ Certificat				Asigurare	Contract		Program	Specialita- tea/ Competența
				membru asociație profesională				de răspundere civilă	**)			
			Serie și nr.	A	B	Nr.	C	Valoare	D	E		

Total asistenți medicali =

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURĂ MEDICALĂ

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională		Contract**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)
			Serie și nr.	Data eliberării	Data expirării	Nr. contract	Tip contract		

Total personal auxiliar - tehnician aparatură medicală =

*1) În situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distincte pentru personalul aferent.

**) Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătura, ștampila

Data întocmirii

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

CAPITOLUL I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

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

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. a) Să facă dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la litera A, pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin, cu excepția examinărilor de anatomie patologică (histopatologice și de citologie).
b) Pentru examinările de anatomie patologică (histopatologice și de citologie), furnizorul are obligația de a face dovada capacității tehnice numai în situația în care solicită contractarea acestora.
3. Furnizorul va prezenta un înscris cu mențiunea seriei, a anului de fabricație, a capacității de lucru și a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producător/distribuitor autorizat/furnizor de servicii autorizat.
4. Să facă dovada că toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 7 ore pe zi - de luni până vineri, 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 medical, chimist medical, biochimist medical - cu grad de specialist, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Pentru furnizorii care doresc să desfășoare activitate în relație cu casa de asigurări de sănătate și în zilele de sâmbătă și duminică, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 7 ore/zi, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Să facă dovada că toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi - de luni până vineri, 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. Pentru furnizorii care doresc să desfășoare activitate în relație cu casa de asigurări de sănătate și în zilele de sâmbătă și duminică, programul pentru aceste zile poate fi mai mic de 6 ore/zi, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici de specialitate anatomie patologică care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Să facă dovada, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa că în cadrul acestuia/acestora își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei care să acopere cel puțin o normă/zi (6 ore).

În situația în care în structura unui laborator de analize medicale este organizată și avizată o structură care efectuează examinări histopatologice și/sau citologice, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei.

5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate, pe toată perioada de derulare a contractului cu casa de asigurări de sănătate 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 pentru:

- subcriteriul a) "îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență" - pentru minim 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice

• subcriteriul b) "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale" - pentru minim 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice.

Numărul total de analize cuprinse în lista investigațiilor medicale paraclinice este de 90.

NOTĂ: Pentru laboratoarele de anatomie patologică nu se aplică punctul 2.a) și punctul 5.

6. Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale documente prin care producătorul de aparatură de laborator, reactivi și consumabile, certifică respectarea standardului SR EN ISO 13485:2003 sau SR EN ISO 13485 dintr-un an ulterior anului 2003 pentru toate aparatele, reactivii și consumabilele utilizate pentru serviciile medicale paraclinice ce fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

CAPITOLUL II

Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator - stabilit pe total județ

1. Numărul de investigații paraclinice - analize de laborator se stabilește la nivelul fiecărui județ de către comisia înființată conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare.

2. La stabilirea sumelor ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor	50%
2. criteriul de calitate	50%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 50%.

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

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

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

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme ale acestora, având menționate seriile echipamentelor și nici cele care nu au declarații de conformitate CE pentru tipul aparatului.

e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

În acest sens, casele de asigurări de sănătate verifică capacitatea tehnică a fiecărui furnizor .

Constatarea, ulterior încheierii contractului, a existenței unor aparate de același tip și cu aceeași serie și număr la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiași furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service care să includă verificările periodice conform normelor producătorului aparatului, încheiat cu un furnizor avizat atât de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, conform prevederilor legale în vigoare, cât și de producător sau un furnizor agreeat de producător, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care producătorul nu mai există, acesta va depune contractul de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale. În situația în care furnizorul nu prezintă contractul de service, aparatele respective nu sunt luate în calcul la stabilirea punctajului pentru resurse tehnice.

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 din dotare achiziționate "second hand". 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.

h) 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. Aparatele mai vechi de 12 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 producător nu se punctează. Punctajul total pentru fiecare aparat, conform celor de mai jos, se acordă pentru aparatele cu o vechime de până la 8 ani; pentru aparatele mai vechi de 8 ani dar nu mai mult de 12 ani, calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbisării), punctajul total al fiecărui aparat, pentru fiecare an în plus, se diminuează cu câte 20%.

Vechimile de 8 ani, respectiv de 12 ani, reprezintă limita minimă și limita maximă prevăzute pentru durata normală de funcționare conform H.G. nr. 2139/2004 pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea și duratele normale de funcționare a mijloacelor fixe, cu modificările ulterioare.

Punctajul pentru fiecare aparat se acordă după cum urmează:

1. Hematologie:

1.1. Morfologie*)

- a) - analizor până la 18 parametri inclusiv pentru viteză mai mare de 60 de teste/ori se adaugă 5 puncte - 10 puncte
- b) - analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) - 25 puncte
 - pentru viteză mai mare de 60 de teste/ori se adaugă 5 puncte
 - pentru mai mult de 22 de parametri se adaugă 5 puncte
 - pentru modul flowcitometric - se adaugă 10 puncte

*) De menționat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator cu specializare în hematologie sau cu specializare medicină de laborator pentru care hematologia a intrat în curricula de pregătire sau de către un biolog, biochimist sau chimist specialiști cu specializare în hematologie.

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului, maxim 2 analizoare, dintre cele prevăzute la pct. 1.1.

1.2. Hemostază:

- a) analizor coagulare semiautomat - 10 puncte
- b) analizor de coagulare complet automat - 20 puncte

NOTĂ: Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

1.3. Imunohematologie:

- 2 puncte

1.4. Viteza de sedimentare a hematiilor (VSH)

Aparat automat de citire VSH:

- a) între 1 - 10 poziții - 5 puncte
- b) între 11 - 20 poziții - 10 puncte
- c) peste 21 poziții - 15 puncte

NOTĂ: Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

2. Microbiologie:

2.1. Bacteriologie

Metodă manuală

- identificarea germenilor - 10 puncte
- efectuarea antibiogramei - 8 puncte

2.2. Micologie:

Metodă manuală

- decelarea prezenței miceliilor și identificarea miceliilor - 10 puncte
- efectuarea antifungigramei - 8 puncte

2.3. Analizoare microbiologie (bacteriologie + micologie)

- analizor automat de microbiologie - 40 puncte
- analizor automat de microbiologie cu spectrometrie de masă - 60 puncte

MALDI-Tof, pentru identificarea rapidă a germenilor patogeni

Se consideră analizor automat de microbiologie echipamentul care efectuează atât identificarea bacteriilor sau fungilor cât și antibiograma sau antifungigrama în mod automat. Densitometrul (nefelometru) destinat măsurării turbidității suspensiilor bacteriene cât și galeriile de identificare a bacteriilor nu sunt analizoare automate de bacteriologie.

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate.

2.4. Parazitologie:

- examen parazitologie pe frotiu - 2 puncte

3. Biochimie serică și urinară:

a) Analizoare pentru biochimie:

- a1 analizor semiautomat - 10 puncte
- a2 analizor de ioni semiautomat - 15 puncte
- a3 - analizor automat biochimie - 30 puncte

a3.1 pentru determinări prin turbidimetrie se adaugă 10 puncte

a3.2 pentru modul ioni se adaugă 15 puncte

a3.3 pentru viteza aparatului, se adaugă 0,06 puncte/probă/oră

Se pot puncta maxim 4 aparate indiferent de tip (automat sau semiautomat) dintre cele prevăzute la litera a1, a2 și a3

b) Analizoare pentru electroforeză

- b1 analizor semiautomat - 10 puncte
- b2 analizor automat - 30 puncte

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat) dintre cele prevăzute la litera b)

c) Analizoare pentru examen de urină:

- c1 - analizor semiautomat - 5 puncte
- c2 - analizor automat - 20 puncte

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat) dintre cele prevăzute la litera c)

4. Imunologie:

4.1. Serologie: - 2 puncte

4.2. Metoda ELISA

a1 - sistem semiautomatizat Elisa - 15 puncte

a2 - sistem automatizat Elisa cu:

- o microplacă - 25 puncte
- două microplăci simultan se adaugă 5 puncte
- 4 microplăci simultan se adaugă 10 puncte
- 6 microplăci simultan se adaugă 15 puncte

4.3. Sisteme speciale

b1 - sisteme speciale semiautomate: - 25 puncte

b2 - sisteme speciale automate: - 50 puncte

• În funcție de capacitatea de lucru a aparatului prevăzut la punctul b2), pentru fiecare investigație/oră se acordă câte 0,6 puncte. Viteza se ia în calcul o singură dată indiferent de numărul de metode al aparatului.

• În cazul analizoarelor de la punctul b2 cu mai multe metode de lucru, pentru fiecare metodă de lucru în plus, se adaugă câte 20 puncte.

NOTĂ: Sistemul automat de imunologie este considerat sistemul care își pipetează singur și în mod automat volumul necesar de lucru atât din proba biologică cât și din reactiv. În fișele tehnice ale sistemelor speciale de imunologie trebuie să fie specificat clar că toate etapele de lucru se efectuează automat. În caz contrar sistemul va fi considerat semiautomat.

Se punctează maxim 4 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat și indiferent de metoda de lucru - ELISA sau sistem special).

Sunt considerate sisteme speciale sistemele bazate pe următoarele metode:

- CLIA - Chemiluminescență (Test Imunologic pe bază de Chemiluminiscență)
- ECLIA - Electrochemiluminescență (Test Imunologic pe bază de Electrochemiluminiscență)
- MEIA, EIA - Microparticle Enzyme Immunoassay (Metoda Imunologică Enzimatică; Metoda Imunologică Enzimatică pe bază de Microparticule)
- FPIA - Fluorescence Polarization Immunoassay (Metoda Imunologică prin Fluorescență de Polarizare)
- REA - Radiative Energy Attenuation (Atenuare de Energie Radiată)
- CMIA - Chemiluminescent microparticle immunoassay (Test Imunologic de Chemiluminiscență pe bază de Microparticule)
- EMIT - Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (Metoda Imunologică Enzimatică Dublă)
- RAST - Radioallergosorbent (Test Radioimunologic prin legarea complexului pe suport insolubil)
- RIA - Radioimmunoassay (Metoda Imunologică pe bază de Radioizotopi)

- IFA - Immunofluorescence (Test Imunologic pe bază de Imunofluorescență)
- ELFA cu detecție în fluorescență - Test imunoenzimatic cu emisie de fluorescență
- TRACE - Emisie amplificată de europium

5. Citologie

Microscop optic cu examinare în lumină polarizată/UV	6 puncte
Microscop optic fără examinare în lumină polarizată/UV	4 puncte

6. Histopatologie

- Sistem automat de prelucrare a probelor	40 puncte
(de la probă până la bloc de parafină)	
- Sistem de colorare automată a lamelor	15 puncte
- Procesor de țesuturi - histoprocessor automat fără vacuum	5 puncte
- Procesor de țesuturi - histoprocessor automat cu vacuum	6 puncte
- Aparat colorație automatizată histochimică	5 puncte
- Aparat colorație automatizată imunohistochimie	7 puncte
- microtom parafină	5 puncte
- criotom	7 puncte
- termostat pentru parafină	1 punct
- platină sau baie termostată	1 punct
- balanță analitică	1 punct
- pH-metru	1 punct
- masă absorbantă pentru vapori toxici	1 punct
- baterie colorare manuală hematoxilină - eozină	1 punct
- baterie manuală pentru imunohistochimie	1 punct

NOTĂ: referitor la resursele tehnice nu se punctează aparatele pentru care în compartimentele respective nu desfășoară activitate cel puțin o persoană cu studii superioare de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă legală.

B. Logistică:

- transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul care a recomandat analizele în maximum 24 de ore:
 - direct medicului - 3 puncte
 - sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor pe Internet - 4 puncte
- software dedicat activității de laborator - care să conțină înregistrarea și evidența biletelor de trimitere (serie și număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă și numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul și numărul investigațiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză și arhivarea datelor de laborator, precum și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):
 - operațional - instalat și cu aparate conectate pentru transmitere de date - 10 puncte;
- website - care să conțină minimum următoarele informații:
 - a - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări - 2 puncte/punct de lucru
 - b - chestionar de satisfacție a pacienților (cu obligația actualizării semestriale a rezultatelor și afișarea 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 și 3b se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii medicale de laborator.

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

Punctajele se aplică în mod corespunzător și laboratoarelor de anatomie-patologică.

C. Subcriteriul resurse umane

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat în laborator.

Punctajul se acordă pentru fiecare personal medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă legală, cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată.

- medic primar de specialitate 40 puncte;

2. medic specialist	30 puncte;
3. chimiști medicali, biologi medicali, biochimiști medicali, principali	25 puncte;
4. chimiști medicali, biologi medicali, biochimiști medicali, specialiști	20 puncte;
5. chimiști, biologi, biochimiști	15 puncte;
6. farmacist autorizat să lucreze în domeniul medical	15 puncte;
7. asistenți medicali de laborator cu studii superioare	10 puncte;
8. asistenți medicali de laborator fără studii superioare	8 puncte.
9. cercetător științific CP 1 și CP 2 în anatomie-patologică	40 puncte
10. cercetător științific CP 3 și CS în anatomie-patologică	30 puncte
11. asistenți de cercetare științifică în anatomie-patologică	25 puncte

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 50%

a) 50% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență", în conformitate cu SR EN ISO 15189 și care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoțit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator/sau laborator organizat ca punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

a1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie serică și urinară, Hematologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală de Imunologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare analiză medicală de microbiologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

NOTĂ:

Fiecare cod de investigație din lista analizelor de laborator prevăzută în anexa nr. 17 la ordin, reprezintă o singură analiză chiar dacă analiza respectivă este compusă din mai mulți parametri.

b) 50% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de intercomparare laboratoare de analize medicale".

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

b1) - se acordă câte un punct pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniile de biochimie serică și urinară și hematologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori în anul calendaristic anterior; la un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 0,5 puncte în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar față de cele 4 participări obligatorii.

b2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul de imunologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori în anul calendaristic anterior; la un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 1 punct în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar față de cele 4 participări obligatorii.

b3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul de microbiologie și din celelalte domenii, altele decât cele menționate la lit. b1) și b2) pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori în anul calendaristic anterior. La un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 1,5 puncte în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar față de cele 4 participări obligatorii.

NOTĂ:

1. Schemele de intercomparare laboratoare trebuie să fie notificate de Ministerul Sănătății, iar punctajul se acorda doar pentru numărul de participări specificate în notificarea furnizorului de scheme de intercomparare emisa de Ministerul Sanatatii.

2. La stabilirea punctajului se iau în calcul participările din anul calendaristic anterior. O participare se definește ca un singur raport de evaluare pentru fiecare material de control. Mai multe rapoarte de evaluare pentru același material de control se punctează drept o singură participare.

3. Actele doveditoare pentru participarea la scheme de testare a competenței de cel puțin 4 ori în anul 2016: pe format de hârtie - centralizator emis de organizatorii schemelor de testare a competenței pentru toți analiștii la care laboratorul a participat în anul anterior, facturi emise de organizatorii schemelor de testare a competenței și dovezi ale plăților efectuate și în format electronic - rapoartele de evaluare emise de organizatorul schemei de testare a competenței, care să conțină indicii statistici specifici laboratorului.

4. Actele doveditoare pentru participarea de cel puțin 4 ori/an la scheme de testare a competenței în anul 2017: contracte cu organizatorii schemelor de testare a competenței și anexe din care să reiasă tipul analizelor și frecvența cu care vor participa la schemele de testare a competenței.

Pe parcursul derulării contractului obligația participării la schemele de testare a competenței de cel puțin 4 ori/an rămâne valabilă în aceleași condiții.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinația de analize medicale de laborator, stabilit în condițiile art. 2 alin. (1) din anexa nr. 18 la ordin se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 50% pentru criteriul de evaluare resurse;

b) 50% pentru criteriul de calitate, din care 50% pentru subcriteriul "îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență" și 50% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale";

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul de puncte corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D.

F. Repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, se stabilește de către comisia constituită conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - criteriile specifice de selecție se aplică în mod corespunzător.

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală

CAPITOLUL I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală

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

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua investigațiile de radiologie și/sau imagistică medicală din Lista de investigații paraclinice - radiologie și imagistică medicală pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structura acestuia ce urmează a fi cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală, astfel:
 - a. Laborator de radiologie și imagistică medicală - investigații conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;
 - b. Ecografia generală, ca prestație independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice și medici de familie;
 - c. Ecografia de vase - artere, vene, ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: cardiologie, medicină internă, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, chirurgie vasculară și chirurgie cardiovasculară;
 - d. Ecocardiografia, Ecocardiografia + Doppler, Ecocardiografia + Doppler color efectuate ca prestație independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, neurologie;
 - f. Ecocardiografia transesofagiană ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialitate cardiologie;
 - g. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de pediatrie;
 - h. Ecografia de pelvis și de abdomen efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice;
 - 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/transrectală efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice, respectiv specialitatea urologie și numai pentru afecțiuni urologice - prostată și vezică urinară;
 - m. Ecografie de organ/de părți moi/de articulație, ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie și recuperare, medicină fizică și balneologie, urologie, medicină internă;
 - n. Senologia imagistică ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici din specialitățile clinice: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie dacă au atestat/competență de senologie imagistică;
 - o. Ecografia ganglionară ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice de oncologie, hematologie, chirurgie generală, chirurgie orală și maxilo-facială, endocrinologie, pediatrie și medicină internă.

NOTĂ: Furnizorul va prezenta fișa tehnică eliberată de producător, pentru fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică pentru caracteristicile specifice aparatelor; medicii trebuie să aibă competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității, după caz.

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 - de luni până vineri - pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structură, își desfășoară activitatea medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală, într-o formă legală de exercitare a profesiei, care să acopere o normă întreagă (6 ore).

Pentru furnizorii care doresc să desfășoare activitate în relație cu casa de asigurări de sănătate și în zilele de sâmbătă și duminică, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 6 ore/zi, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prin certificare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2008 sau SR EN ISO 9001/2015 sau un alt standard adoptat în România, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii radiologie-imagistică medicală pe toată durata de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Prevederea nu se aplică furnizorilor care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice și de servicii de medicină dentară, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.

CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - radiologie și imagistică medicală, stabilit pe total județ

1. Numărul de investigații de radiologie-imagistică medicală se stabilește la nivelul fiecărui județ de comisia înființată conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare.

2. La stabilirea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală și a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor	90%
2. criteriul de disponibilitate	10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderele acestui criteriu este de 90%.

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

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora. Pentru aparatele de radiologie, seria și numărul aparatului sunt cele din autorizația emisă de CNCAN.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme și nici cele care nu au declarații de conformitate CE pentru tipul aparatului.

e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac excepție furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică care își desfășoară activitatea utilizând același spațiu și aceleași echipamente specifice deținute și/sau utilizate în comun în

condițiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare și numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor își desfășoară activitatea cu respectarea dispozițiilor Hotărârii Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și ale prezentului ordin și într-un program de lucru distinct. În această situație, pentru fiecare furnizor, echipamentele deținute/utilizate în comun se punctează proporțional, funcție de programul în care este utilizat aparatul, fără a se depăși punctajul pentru tipul respectiv de aparat.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service care să includă verificările periodice conform normelor producătorului aparatului, încheiat cu un furnizor avizat atât de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale sau Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, cât și de producător sau un furnizor agreeat de producător, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care producătorul numai există, acesta va depune contractul de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale sau Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare, după caz.

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 și/sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

h) 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. Aparatele mai vechi de 15 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 producător, nu se punctează. Punctajul total pentru fiecare aparat, conform celor de mai jos, se acordă pentru aparatele cu o vechime de până la 9 ani; pentru aparatele cu o vechime de peste 9 ani dar nu mai mult de 15 ani, calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbisării), punctajul total al fiecărui aparat, pentru fiecare an în plus, se diminuează cu câte 15%.

Vechimile de 9 ani, respectiv de 15 ani, reprezintă limita minimă și limita maximă prevăzute pentru durata normală de funcționare conform H.G. nr. 2139/2004 pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea și duratele normale de funcționare a mijloacelor fixe, cu modificările ulterioare.

Punctajul pentru fiecare aparat se acordă după cum urmează:

- a) 1. radiologie (scopie) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;**
- 2. radiologie (grafie) se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;**
- b) post independent de radiografie - se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;**
- c) radiografie dentară - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;**
- d) aparate de radiologie mobile - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.**

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

- tipul de achiziție	
- parțial digitalizat (plăci fosforice)	15 puncte;
- direct digital	30 puncte;
- opțiuni:	
- stepping periferic	5 puncte;
- cuantificarea stenozei	5 puncte;
- optimizarea densității	5 puncte;
- trendelenburg	3 puncte;
- afișare colimatori fără radiație	3 puncte;
- stand vertical	3 puncte;
- 2 Bucky	1 punct.

- e) mamografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.**

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- tipul de achiziție:
 - parțial digital 15 puncte;

- digital 30 puncte;
- dimensiunea câmpului de expunere: 1 punct;
- facilitate de stereotaxie 10 puncte.

f) ecografia - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- mod de lucru al unității de bază:
 - 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:
 - modalități de salvare a imaginilor (DICOM sau compatibile PC) pentru fiecare opțiune se adaugă 1 punct;
 - printer alb-negru/color 1 punct;

Notă: se ia în calcul 1 aparat pe medic în vedere acordării punctajului.

g) computer tomografie - se acordă 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral

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:
 - Circulație - minim 64 slice 2 puncte;
 - evaluare nodul pulmonar - minim 16 slice 2 puncte;
 - perfuzie - minim 64 slice 2 puncte;
 - colonoscopie - minim 64 slice 2 puncte;
 - angiografie cu subtracție de os - minim 16 slice 2 puncte;
 - dental - 2 slice 2 puncte;
 - sistem pentru justificarea și optimizarea dozelor de iradiere 10 puncte;

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor menționate instalate pe echipament

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

*) se va puncta dacă în documentația de punere în funcțiune există dovada deținerii și instalării echipamentului

h) imagistică prin rezonanță magnetică - se acordă 100 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu câmp magnetic de 1 T și peste 1 T.

- se acordă 30 de puncte pentru aparatele de rezonanță magnetică cu câmp magnetic sub 1 T;

Punctajul se acordă pentru aparatele RMN în vederea efectuării investigațiilor la nivelul următoarelor segmente: cap, coloană vertebrală, gât, sistem musculo-scheletal - extremități;

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

1. - pentru fiecare tip de antenă instalată*) se adaugă: 20 puncte;

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a echipamentelor

2. 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 farmacocinetice al substanței de contrast pentru patologia cerebrală și a prostatei: 10 puncte

- Perfuzie fără substanță de contrast - permite vizualizarea neinvazivă a perfuziei teritoriilor cerebrale corespunzătoare arterelor cerebrale individuale: 10 puncte
- Soft cardiac - evaluarea viabilității, perfuziei și dinamicii cordului: 10 puncte
- Soft de scanare corp în totalitate - scanarea întregului corp într-un timp foarte scurt: 10 puncte
- Angiografie de corp în totalitate - permite vizualizarea sistemului vascular a întregului corp de la arcul aortic până la degetele de la picioare: 10 puncte
- Spectroscopie 10 puncte

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor instalate pe echipamente

3. Accesorii
- Printer - digital: 5 puncte;
 - analog: 1 punct;
 - Injector automat: 15 puncte;
 - Stație de post procesare și software aferent*) 20 puncte.
- (alta decât stația de vizualizare)

*) se va puncta dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada echipamentului

i) medicină nucleară (Gamma Camera) - se acordă 70 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- Cu 1 detector 5 puncte
- Cu 2 detectori 15 puncte
- Accesorii:
- Printer digital 5 puncte
- Injector automat 15 puncte
- Stație de post procesare și software aferent alta decât stația de vizualizare 20 puncte

j) osteodensitometrie segmentară (DXA) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical

k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia și stocarea imaginilor:

- cameră obscură umedă manuală 1 punct;
- dezvoltator automat umed 3 puncte;
- dezvoltator umed day light 5 puncte;
- cititor de plăci fosforice (CR) 15 puncte;
- dezvoltare automată uscată 10 puncte;
- arhivă filme radiografice 5 puncte;
- arhivă CD 15 puncte;
- arhivă de mare capacitate (PACS) 20 puncte
- digitizer pentru medii transparente (filme) 5 puncte.

NOTA 1: În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deținut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziție, anexă care descrie și confirmă configurația tehnică a respectivului dispozitiv.

NOTA 2: Se punctează doar echipamentele utilizate pentru serviciile ce se contractează cu casele de asigurări de sănătate.

NOTA 3: 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 specialist radiologie și imagistică medicală 30 puncte;
- medic primar radiologie și imagistică medicală 40 puncte;
- medic specialist medicină nucleară 30 puncte;
- medic primar medicină nucleară 40 puncte;
- medic specialist anestezist 30 puncte;
- medic specialist medicina de urgență 30 puncte;
- medic primar anestezist 40 puncte;

- medic primar medicina de urgență	40 puncte;
- medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obținută în ultimii 5 ani	10 puncte;
- medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 5 ani: (punctajul se acordă pentru medicii din specialitățile clinice și medicii de familie care efectuează servicii medicale paraclinice - ecografii în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară)	15 puncte;
- medic de familie - (punctajul se acordă pentru medicii de familie care efectuează servicii medicale paraclinice - EKG în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară)*)	5 puncte
- medic dentist	13 puncte;
- medic dentist specialist	15 puncte;
- medic dentist primar	20 puncte;
(punctajul se acordă pentru medicii dentiști care efectuează radiografii dentare retroalveolare și panoramice în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară)	
- medic specialist explorări funcționale	15 puncte;
- medic primar explorări funcționale	20 puncte;
- operatori:	
- absolvent colegiu imagistică medicală	11 puncte;
- bioinginer:	13 puncte;
- fizician:	13 puncte;
- asistenți medicali:	
- de radiologie cu studii superioare	10 puncte;
- de radiologie fără studii superioare	8 puncte;
- asistenți generaliști pentru Eco + ATI	7 puncte;
- personal auxiliar - tehnician aparatură medicală	9 puncte.

*) Dacă același medic de familie încheie act adițional atât pentru ecografie cât și pentru EKG punctajul acordat este 20 puncte

NOTĂ: Punctajul se acordă pentru fiecare personal medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă legală, cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată.

C. Logistica:

a) distribuția rezultatelor investigațiilor la medicul care a recomandat investigația:

- rețea de transmisie imagini interne (RIS)	8 puncte;
- transmisie de imagini în perimetrul limitrof și la distanță (PACS)	10 puncte;

b) software dedicat activității de laborator care să conțină înregistrarea și evidența biletelor de trimitere (serie și număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă și numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul și numărul investigațiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză și arhivarea datelor de laborator, precum și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):

- operațional - instalat și cu aparate conectate pentru - transmitere de date	10 puncte;

c) website - care să conțină minimum următoarele informații:

c1 - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări	2 puncte/punct de lucru.
c2 - chestionar de satisfacție a pacienților (cu obligația actualizării semestriale a rezultatelor și afișarea pe site-ul furnizorului)	5 puncte.

Pentru furnizorii de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul pentru lit. a) și c.2 se acordă o singură dată pentru laboratorul/punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

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

2. Criteriul de disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acordă astfel:

- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, de luni până vineri, se acordă	30 puncte
- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, inclusiv sâmbătă, duminică și sărbători legale se acordă	60 puncte

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă pentru fiecare laborator/punct de lucru.

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

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinație de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

- a) 90% pentru criteriul de evaluare;
- b) 10% criteriul de disponibilitate.

B. Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul total de puncte corespunzător fiecărui criteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre cele 2 criterii se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor pentru fiecare criteriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea celor două sume stabilite conform lit. D.

F. Repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, investigații de radiologie și imagistică și explorări funcționale, se stabilește către comisia constituită conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru furnizorii de explorări funcționale - criteriile specifice de selecție se aplică în mod corespunzător (numai investigațiile, aparatele și personalul specific).

G. În situația în care niciunul dintre furnizori nu îndeplinește criteriul de disponibilitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. A lit. b) se repartizează la criteriul prevăzut la lit. A lit. a).

CONTRACT DE FURNIZARE**de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice****I. Părțile contractante**

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

și

Laboratorul de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

- laboratorul individual, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil având sediul în municipiul/orașul adresă de e-mail fax reprezentat prin medicul titular

- laboratorul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentat prin medicul delegat

- societatea civilă medicală având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentată prin administratorul

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ... având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentată prin

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentată prin

Laboratorul din Centrul de sănătate multifuncțional - unitate fără personalitate juridică și Laboratoare din structura spitalului, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentat prin, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic și tratament/Centrul medical/Centrul de sănătate multifuncțional - unități medicale cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentat prin

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

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. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, 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 2017.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

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 autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii; criteriile și punctajele aferente pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, sunt afișate de către casa de asigurări de sănătate în formatul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 186 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale paraclinice, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; 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 deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

g) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia decontării lunare, motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

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

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

l) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice și numai în condițiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat și cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești;

m) să recupereze de la furnizorii 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.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical și ale asiguratului referitor la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

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

g) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

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

l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare;

m) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

n) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetul de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

o) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

p) 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/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să

acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

q) 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 în procesul de transmitere a datelor;

r) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

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

s) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale și servicii/documente efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare investigației;

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

t) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul; managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

u) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

v) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice; investigațiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate;

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu; Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu.

w) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

x) să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale în vitro și au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) să asigure mentenanța și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;

z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, numărul de analize medicale prevăzute în pachetul de bază pentru care se solicită certificatul de acreditare este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

aa) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul, investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și pentru orice alte investigații de același tip efectuate în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale.

În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor, aceasta sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

În situația în care, urmare a controlului desfășurat de către instituțiile abilitate, se stabilește vinovăția furnizorului, potrivit legii, contractul în derulare se reziliază de plin drept de la data luării la cunoștință a notificării privind rezilierea contractului, emisă în baza deciziei executorii dispusă în cauza respectivă, cu recuperarea contravalorii tuturor serviciilor medicale paraclinice efectuate de furnizor în perioada verificată de instituțiile abilitate și decontată de către casa de asigurări de sănătate.

ab) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - de luni până vineri, programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv;

Pentru furnizorii care doresc să desfășoare activitate în relație cu casa de asigurări de sănătate și în zilele de sâmbătă și duminică, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 7 ore/zi, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

- să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru;

- să asigure prezența unui medic cu specialitatea anatomie patologică, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă/zi (6 ore). În situația în care în structura unui laborator de analize medicale este organizat și avizat un compartiment de citologie, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei; pentru furnizorii care doresc să desfășoare activitate în relație cu casa de asigurări de sănătate și în zilele de sâmbătă și duminică, programul pentru aceste zile poate fi mai mic de 6 ore/zi, cu obligația ca

programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici de specialitate anatomie patologică care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

ac) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis 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 prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

ad) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice-analizelor medicale de laborator efectuate și limitele de normalitate ale acestora;

ae) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului și în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, pentru asigurării cărora le-au furnizat aceste servicii;

af) 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 de sănătate conexe actului medical, organizați conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001;

ag) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura;

ah) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

ai) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

aj) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

ak) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia.

al) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

am) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurarilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurarilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cel care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și

completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

an) să prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dovada efectuării controlului de calitate intern, pe nivele normale și patologice pentru fiecare zi în care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; în cazul în care furnizorul nu poate prezenta această dovadă, contractul se reziliază de plin drept.

ao) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. am), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate."

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 la tarifele prevăzute în anexa 17 și în condițiile prevăzute în anexa nr. 18 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif contractat	Număr de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.				
2.				
..				
TOTAL		X	X	

*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractului.

Tarifele contractate nu pot fi mai mari decât cele prevăzute în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

Suma anuală contractată, distinct pe tipuri de investigații paraclinice, respectiv: analize de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie-imagistică medicală (inclusiv explorări funcționale), 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.

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre și luni și se regularizează lunar.

ART. 9 Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative care se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de

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

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

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

IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale paraclinice peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractului

ART. 14 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice, aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor, paraclinice, aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. b), c), e) - g), i) - r), t), t), u), w), x), y), ag), ah), aj) și al) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de către alte organe competente, nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. v) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10%, valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

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

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (3) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației 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/transmitere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

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) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) și (2), precum și odată cu prima constatare după aplicarea măsurii de la art. 14 alin. (3) 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, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică măsurile prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

i) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. ab); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate; pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul.

j) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 72 alin. (11) din H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. s), z), ac) - af);

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative menționate la art. 7 lit. aa);

1) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casele de asigurări de sănătate după data excluderii acestora din contract.

(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 - aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. e), g) și 1) și art. 7 lit. e), f), i) și o) - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 17 alin. (1), lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(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) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de încetare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru după caz.

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

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

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

(6) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (3) - (5), se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale 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. 73 alin. (1) lit. a) - c), q) și r) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. s), 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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

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

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al 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 care se află în această situație;

f) în situația în care casa de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate sesizează, neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor;

(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) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de suspendare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru după caz.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) – f), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) –f) , pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează investigații medicale paraclinice efectuate în punctual/punctele de lucru suspendate.

ART. 18 (1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul laboratorului declarat în contract.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 20 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

ART. 22 Prezentul contract se poate modifica prin negociere: și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
.....

Director executiv al
Direcției Economice,
.....

Director executiv al
Direcției Relații Contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

PARACLINICE

Reprezentant legal,
.....

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

CAPITOLUL I Pachetul de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitalicești pentru patologia care necesită internare în regim de spitalizare continuă, în condițiile prevăzute la capitolul II litera F pct. 3 din anexa nr. 1 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

Spitalizarea continuă are o durată de peste 12 ore.

B. Servicii medicale spitalicești care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi în condițiile prevăzute la capitolul II litera F pct. 8 din anexa nr. 1 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

Spitalizarea de zi are o durată de maxim 12 ore/vizită (zi).

B.1. Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical în spitalizare de zi și tarifele maxime pe caz rezolvat medical corespunzătoare:

Nr. Crt.	Cod diagnostic	Denumire afecțiune (diagnostic)	Tarif maximal pe caz rezolvat medical – lei -
1.	A04.9	Infecția intestinală bacteriană, nespecificată	304.46
2.	A08.4	Infecția intestinală virală, nespecificată	241.74
3.	A09	Diareea și gastro-enterita probabil infecțioase	255.40
4.	A49.9	Infecția bacteriană, nespecificată	304.46
5.	B18.1	Hepatita virală cronică B fără agent Delta	225.87
6.	B18.2	Hepatita virală cronică C	225.87
7.	D17.1	Tumora lipomatoasă benignă a pielii și a țesutului subcutanat al trunchiului	225.87
8.	D50.0	Anemia prin carență de fier secundară unei pierderi de sânge (cronică)	335.03
9.	D50.8	Alte anemii prin carență de fier	532.02
10.	D50.9	Anemia prin carență de fier, nespecificată	340.34
11.	E04.2	Gușa multinodulară netoxică	340.34
12.	E06.3	Tiroidita autoimună	316.99
13.	E10.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 1 cu control slab	303.12
14.	E10.71	Diabet mellitus tip 1 cu complicații microvasculare multiple	378.90
15.	E11.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 cu control slab	341.86
16.	E11.71	Diabet mellitus tip 2 cu complicații microvasculare multiple	427.32
17.	E11.9	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fără complicații	305.81
18.	E13.65	Alte forme specificate de diabet mellitus cu control slab	427.32
19.	E44.0	Malnutriția proteino-energetică moderată	362.46
20.	E44.1	Malnutriția proteino-energetică ușoară	362.46
21.	E66.0	Obezitate datorită unui exces caloric	305.19
22.	E78.2	Hiperlipidemie mixta	381.48
23.	E89.0	Hipotiroidism postprocedural	328.89
24.	F41.2	Tulburare anxioasă și depresivă mixtă	297.53
25.	F50.9	Tulburare de apetit, nespecificată	297.53

26.	G45.0	Sindrom vertebro-bazilar	227.98
27.	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	224.53
28.	I20.8	Alte forme de angină pectorală (* fără coronarografie)	273.62
29.	I25.11	Cardiopatia aterosclerotică a arterei coronariene native	322.40
30.	I25.9	Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată, fără coronarografie	302.74
31.	I34.0	Insuficiența mitrală (valva) (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	379.67
32.	I35.0	Stenoza (valva) aortică (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	400.68
33.	I35.1	Insuficiență (valva) aortică (* fără coronarografie; fără indicație de intervenție chirurgicală)	381.12
34.	I67.2	Ateroscleroza cerebrală	322.40
35.	I67.8	Alte boli cerebrovasculare, specificate	322.40
36.	I83.9	Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulcerare sau inflamație	383.92
37.	J00	Rino-faringita acută [guturaiul comun] (* pentru copii 0 - 5 ani)	167.15
38.	J02.9	Faringita acută, nespecificată (* pentru copii 0 - 5 ani)	163.63
39.	J03.9	Amigdalita acută, nespecificată	165.12
40.	J06.8	Alte infecții acute ale căilor respiratorii superioare cu localizări multiple	171.71
41.	J06.9	Infecții acute ale căilor respiratorii superioare, nespecificate	163.56
42.	J12.9	Pneumonia virală, nespecificată	372.77
43.	J15.8	Alte pneumonii bacteriene	398.65
44.	J18.1	Pneumonia lobară, nespecificată	402.62
45.	J18.8	Alte pneumonii, cu micro-organisme nespecificate	375.98
46.	J18.9	Pneumonie, nespecificată	417.73
47.	J20.9	Bronșita acută, nespecificată	168.46
48.	J44.0	Boala pulmonară obstructivă cronică cu infecție acută a căilor respiratorii inferioare	375.74
49.	J44.1	Boala pulmonară obstructivă cronică cu exacerbare acută, nespecificată	370.60
50.	J44.9	Boala pulmonară obstructivă cronică, nespecificată	360.39
51.	J45.0	Astmul cu predominanță alergică	177.30
52.	J47	Bronșiectazia	355.11
53.	J84.8	Alte boli pulmonare interstițiale specificate	380.09
54.	J84.9	Boala pulmonară interstițială, nespecificată	381.74
55.	K21.0	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagită	307.15
56.	K21.9	Boala refluxului gastro-esofagian fără esofagită	230.01
57.	K26.3	Ulcerul duodenal, acut fără hemoragie sau perforație, diagnosticat anterior	200.82
58.	K29.1	Alte gastrite acute	311.60
59.	K29.5	Gastrita cronică, nespecificată	313.43
60.	K29.9	Gastro-duodenita, nespecificată	216.25
61.	K30	Dispepsia	180.12
62.	K51.9	Colită ulcerativă nespecificată	197.00
63.	K52.9	Gastroenterita și colita neinfecțioase, nespecificate	241.02
64.	K58.0	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	322.47
65.	K58.9	Sindromul intestinului iritabil fără diaree	309.88
66.	K70.1	Hepatita alcoolică	271.45
67.	K73.2	Hepatita activă cronică, neclasificată altundeva	405.55
68.	K75.2	Hepatita reactivă nespecifică	474.96

69.	K76.0	Degenerescenta grăsoasă a ficatului, neclasificată altundeva	397.10
70.	K81.1	Colecistita cronică	339.14
71.	K81.8	Alte colecistite	290.90
72.	K82.8	Alte boli specificate ale vezicii biliare	263.17
73.	K86.9	Boala pancreasului nespecificată	250.00
74.	K91.1	Sindroame după chirurgia gastrică	285.59
75.	L40.0	Psoriazis vulgaris	316.09
76.	L50.0	Urticaria alergică (fără Edem Quinke)	204.48
77.	L60.0	Unghia încarnată	297.32
78.	M16.9	Coxartroza, nespecificată	196.79
79.	M17.9	Gonartroza, nespecificată	202.45
80.	M51.2	Altă deplasare a unui alt disc intervertebral specificat, fără indicație operatorie	313.33
81.	M54.4	Lumbago cu sciatică-	347.28
82.	M54.5	Dorsalgie joasă-	378.19
83.	N30.0	Cistita acută	221.39
84.	N39.0	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	213.11
85.	N47	Hipertrofia prepuțului, fimoza, parafimoza	229.22
86.	N73.9	Boala inflamatorie pelviană feminină, nespecificată	138.35
87.	N92.0	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclu menstrual regulat	332.24
88.	N92.1	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclu menstrual neregulat	233.25
89.	N92.4	Sângerări excesive în perioada de premenopauză	323.27
90.	N93.8	Alte sângerări anormale specificate ale uterului și vaginului	389.85
91.	N95.0	Sângerări postmenopauză	311.36
92.	O02.1	Avort fals	97.77
93.	O03.4	Avort spontan incomplet, fără complicații	98.84
94.	O12.0	Edem gestațional	198.65
95.	O21.0	Hiperemeza gravidică ușoară	125.86
96.	O23.1	Infecțiile vezicii urinare în sarcină	127.48
97.	O34.2	Îngrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterină datorită unei intervenții chirurgicale anterioare	464.82
98.	R10.4	Altă durere abdominală și nespecificată	134.41
99.	R59.0	Ganglioni limfatici măriți localizați	512.98
100.	S61.0	Plagă deschisă a degetului (degetelor) fără vătămarea unghiei	246.68
101.	S61.88	Plagă deschisă a altor părți ale pumnului și mâinii	245.74
102.	Z46.6	Amplasarea și ajustarea unei proteze urinare	127.48
103.	Z50.9	Îngrijiri implicând o procedură de reabilitare, nespecificată	331.17
104.	Z51.88	Alte îngrijiri medicale specificate	331.17
105.	I25.5	Cardiomiopatie ischemică	273.62
106.	I70.21	Ateroscleroza arterelor extremităților cu claudicație intermitentă	273.62
107.	I80.3	Flebita și tromboflebita extremităților inferioare, nespecificată	383.92
108.	R60.0	Edem localizat	198.65
109.	I83.0	Vene varicoase cu ulcerare ale extremităților inferioare	383.92
110.	I87.2	Insuficiența venoasă (cronică) (periferică)	383.92
111.	A69.2	Boala Lyme (* diagnostic și tratament)	626.03

*) această specificare nu face parte din denumirea diagnosticului, ci semnifică faptul că respectivul tip de caz poate fi rezolvat în spitalizare de zi cu condiția îndeplinirii criteriului din paranteză.

Notă: La nivelul unui spital nu pot exista mai multe tarife negociate contractate pentru același tip de caz.

B.2. Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi și tarifele maxime pe caz rezolvat corespunzătoare:

Nrt. Crt.	Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Cod Procedură	Denumire procedură chirurgicală	Tarif maximal pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală – lei -
1	Miringotomia cu inserția de tub	D01003	Miringotomia cu inserție de tub, unilateral	283.18
2	Miringotomia cu inserția de tub	D01004	Miringotomia cu inserție de tub, bilateral	283.18
3	Amigdalectomie	E04301	Tonsilectomia fără adenoidectomie	589.67
4	Amigdalectomie	E04302	Tonsilectomia cu adenoidectomie	589.67
5	Rinoplastie posttraumatică(reducerea și imobilizarea fracturilor piramide nazale după un traumatism recent)	P07001	Rinoplastie implicând corecția cartilajului	742.92
6	Rinoplastie posttraumatică(reducerea și imobilizarea fracturilor piramide nazale după un traumatism recent)	P07002	Rinoplastia implicând corectarea conturului osos	742.92
7	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07003	Rinoplastie totală	742.92
8	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07004	Rinoplastie folosind grea cartilaginoasă septală sau nazală	742.92
9	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07005	Rinoplastie folosind grea de os nazal	742.92
10	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07006	Rinoplastie cu grea de os nazal și cartilaj septal/nazal	742.92
11	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07007	Rinoplastie folosind grea de cartilaj de la zona donatoare de la distanță	742.92
12	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07008	Rinoplastia folosind grea osoasă din zona donatoare de la distanță	742.92
13	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07009	Rinoplastia folosind os și cartilaj ca grea de la zona donatoare de la distanță	742.92
14	Bronhomediatino - scopie	G02401	Bronhoscopia	629.69
15	Bronhomediatino - scopie	G02403	Fibrobronhoscopia	629.69
16	Biopsia pleurei	G03103	Biopsia pleurei	538,48

17	Biopsie ganglioni laterocervicali și supraclaviculari	I00601	Biopsie de ganglion limfatic	416.26
18	Puncție biopsie transparietală cu ac pentru formațiuni tumorale pulmonare	G03102	Biopsia percutanată (cu ac) a plămânului	696.26
19	Implantare cateter pleural	G04103	Insertia catetetrului intercostal pentru drenaj	653.15
20	Adenoidectomie	E04303	Adenoidectomia fără tonsilectomie	589.67
21	Extracția de corpi străini prin bronhoscopie	G02502	Bronhoscopia cu extracția unui corp străin	526.19
22	Strabismul adultului	C05702	Proceduri pentru strabism implicând 1 sau 2 mușchi, un ochi	246.93
23	Pterigion cu plastie	C01302	Excizia pterigionului	246.93
24	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08003	Corecția ectropionului sau entropionului prin strângerea sau scurtarea retractoarelor inferioare	246.93
25	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08004	corecția ectropionului sau entropionului prin alte corecții ale retractoarelor inferioare	246.93
26	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08005	corecția ectropion-ului sau entropion-ului prin tehnici de sutură	246.93
27	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08006	corecția ectropion-ului sau entropion-ului cu rezecție largă	246.93
28	Extracția dentară chirurgicală	F00801	Extracție dentară sau a unor părți de dinte	283.18
29	Extracția dentară chirurgicală	F00802	Extracție dentară cu separare	283.18
30	Extracția dentară chirurgicală	F00901	Îndepărtare chirurgicală a unui dinte erupt	283.18
31	Extracția dentară chirurgicală	F00902	Îndepărtare chirurgicală a 2 sau mai mulți dinți erupți	283.18
32	Extracția dentară chirurgicală	F00903	Îndepărtarea chirurgicală a unui dinte inclus sau parțial erupt, fără îndepărtare de os sau separare	283.18
33	Extracția dentară chirurgicală	F00904	Îndepărtarea chirurgicală a unui dinte inclus sau parțial erupt, cu îndepărtare de os sau separare	283.18
34	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02601	Dilatarea și chiuretajul uterin [D&C]	390.76
35	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02602	Chiuretajul uterin fără dilatare	390.76
36	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02801	Dilatarea și curetajul[D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină	219.55

37	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02802	Curetajul aspirativ al cavității uterine	219.55
38	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M03702	Polipectomia la nivelul colului uterin	390.76
39	Reparația cisto și rectocelului	M04402	Corecția chirurgicală a rectocelului	480.31
40	Reparația cisto și rectocelului	M04403	Corecția chirurgicală a cistocelului și rectocelului	480.31
41	Artroscopia genunchiului	O13205	Artroscopia genunchiului	439.53
42	Operația artroscopică a meniscului	O13404	Meniscectomie artroscopică a genunchiului	371.57
43	Îndepărtarea materialului de osteosinteză	O18104	Îndepărtarea de broșă, șurub sau fir metalic, neclasificată în altă parte	492.38
44	Îndepărtarea materialului de osteosinteză	O18106	Îndepărtarea de placă, tijă sau cui, neclasificată în altă parte	492.38
45	Reparația diformității piciorului	O20404	Corecția diformității osoase	1,421.61
46	Eliberarea tunelului carpal	A07402	Decompresia endoscopică a tunelului carpian	674.75
47	Eliberarea tunelului carpal	A07403	Decompresia tunelului carpian	674.75
48	Excizia chistului Baker	O13601	Excizia chistului Baker	682.96
49	Rezolvarea contracturii Dupuytren	O07302	Fasciotomia subcutanată pentru maladia Dupuytren	674.75
50	Rezolvarea contracturii Dupuytren	O08001	Fasciectomia palmară pentru contractura Dupuytren	674.75
51	Repararea ligamentului încrucișat	O15303	Reconstrucția artroscopică a ligamentului încrucișat al genunchiului cu repararea meniscului	855.88
52	Repararea ligamentului încrucișat	O15304	Reconstrucția ligamentului încrucișat al genunchiului cu repararea meniscului	855.88
53	Excizia locală a leziunilor sânului	Q00501	Excizia leziunilor sânului	413.52
54	Colecistectomia laparoscopică	J10102	Colecistectomia laparoscopică	1,050.94
55	Colecistectomia laparoscopică	J10104	Colecistectomia laparoscopică cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin ductul cistic	1,050.94
56	Colecistectomia laparoscopică	J10105	Colecistectomia laparoscopică cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin coledocotomia laparoscopică	1,050.94
57	Chirurgia laparoscopică antireflux	J01401	Esofagogastrmiotomia laparoscopică cu recalibrarea hiatusului diafragmatic	1,050.94
58	Chirurgia laparoscopică antireflux	J01402	Esofagogastrmiotomia laparoscopică cu fundoplastie	1,050.94

59	Chirurgia laparoscopică antireflux	J01403	Esofagogastromiotomia laparoscopică cu închiderea hiatusului diafragmatic și fundoplastie	1,050.94
60	Hemoroidectomia	J08504	Hemoroidectomia	631.35
61	Cura chirurgicală a herniei inghinale	J12603	Cura chirurgicală a herniei inghinale unilaterale	589.67
62	Cura chirurgicală a herniei inghinale	J12604	Cura chirurgicală a herniei inghinale bilaterale	589.67
63	Endoscopie digestivă inferioară cu polipectomie și biopsie	J06102	Colonoscopia flexibilă până la flexura hepatică, cu polipectomie	480.31
64	Endoscopie digestivă inferioară cu polipectomie și biopsie	J06104	Colonoscopia flexibilă până la cec, cu polipectomie	480.31
65	Endoscopie digestivă superioară	J00101	Esofagoscopia flexibilă	371.57
66	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J01202	Esofagoscopia cu biopsie	480.31
67	Endoscopie digestivă superioară	J13901	Panendoscopia până la duoden	371.57
68	Endoscopie digestivă superioară	J13903	Panendoscopia până la ileum	371.57
69	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14201	Panendoscopia până la duoden cu biopsie	480.31
70	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14202	Endoscopia ileală cu biopsie	480.31
71	Endoscopie digestivă inferioară	J05501	Colonoscopia flexibilă până la flexura hepatică	371.57
72	Endoscopie digestivă inferioară	J05502	Colonoscopia flexibilă până la cec	371.57
73	Endoscopie digestivă inferioară cu biopsie	J06101	Colonoscopia flexibilă până la flexura hepatică, cu biopsie	480.31
74	Endoscopie digestivă inferioară cu biopsie	J06103	Colonoscopia flexibilă până la cec, cu biopsie	480.31
75	Terapia chirurgicală a fimozei	L03702	Circumcizia la bărbat	193.54
76	Terapia chirurgicală a fimozei	L04101	Reducerea parafimozei	193.54
77	Chirurgia varicelor	H12002	Injectări multiple cu substanțe sclerozante la nivelul venelor varicoase	808.68
78	Chirurgia varicelor	H12501	Întreruperea joncțiunii safenofemurală varicoasă	808.68
79	Chirurgia varicelor	H12502	Întreruperea joncțiunii safenopoplitee varicoasă	808.68
80	Chirurgia varicelor	H12503	Întreruperea joncțiunilor safeno-femurală și safeno-poplitee varicoase	808.68
81	Chirurgia varicelor	H12601	Întreruperea a mai multor vene tributare unei vene varicoase	808.68
82	Chirurgia varicelor	H12602	Întreruperea subfascială a uneia sau mai multor vene perforante varicoase	808.68
83	Debridarea nonexcizională a	P02103	Debridarea nonexcizională a	162.44

	tegumentului și țesutului subcutanat		arsurii	
84	Debridarea excizională a părților moi	O19301	Debridarea excizională a părților moi	649.77
85	Debridarea excizională a tegumentului și țesutului subcutanat	P02201	Debridarea excizională a tegumentului și țesutului subcutanat	649.77
86	Dilatarea și curetajul după avort sau pentru întrerupere de sarcină	M02801	Dilatarea și curetajul[D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină	219.55
87	Aplicarea dispozitivului de fixare externă neclasificată altundeva	O17801	Aplicarea dispozitivului de fixare externă neclasificată altundeva	965.45
88	Biopsia tegumentului și țesutului subcutanat	P01701	Biopsia tegumentului și țesutului subcutanat	609.55
89	Incizia și drenajul tegumentelor și ale țesutului subcutanat	P00701	Incizia și drenajul hematomului tegumentar și al țesutului subcutanat	519.43
90	Incizia și drenajul tegumentelor și ale țesutului subcutanat	P00702	Incizia și drenajul abceselor tegumentelor și ale țesutului subcutanat	519.43
91	Incizia și drenajul tegumentelor și ale țesutului subcutanat	P00703	Alte incizii și drenaje ale tegumentelor și țesutului subcutanat	519.43
92	Examinare fibroscopică a faringelui	E04701	Examinare fibroscopică a faringelui	444.84
93	Excizia leziunilor tegumentare și țesutului subcutanat	P01901	Excizia leziunilor tegumentare și țesutului subcutanat în alte zone	555.80
94	Chiuretaj cu biopsia de endometru	M02501	Biopsia de endometru	444.84
95	Chiuretaj cu biopsia de col uterin	M03701	Biopsia de col uterin	444.84
96	Îndepărtarea corpurilor străini din tegument și țesutul subcutanat cu incizie	P00601	Îndepărtarea corpurilor străini din tegument și țesutul subcutanat cu incizie	454.09
97	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziuni multiple/leziune unică	P01309	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziune unică	273.03
98	Repararea plăgilor tegumentare și ale țesutului subcutanat, implicând țesuturile mai profunde	P02902	Repararea plăgilor tegumentare și ale țesutului subcutanat în alte zone implicând și țesuturile profunde	555.80
99	Extragerea endoscopică a stentului ureteral	K02803	Extragerea endoscopică a stentului ureteral	360.11
100	Rezecția parțială a unghiei încarnate	P02504	Rezecția parțială a unghiei încarnate	283.18
101	Îndepărtarea dispozitivului de fixare externă	O18108	Îndepărtarea dispozitivului de fixare externă	379.98
102	Coronarografie	H06801	Coronarografie	1050.94
103	Realizarea fistulei arteriovenoase la persoanele dializate	H15902	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu venă) la nivelul membrului inferior	283.18

104	Realizarea fistulei arteriovenoase la persoanele dializate	H15903	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu venă) la nivelul membrului superior	283.18
105	Biopsia leziunii peniene	L03701	Biopsia peniană	538.48
106	Terapia chirurgicală a varicocelului	L02801	Cura varicocelului	808.68
107	Orhidectomia unilaterală (excizia testicolului)	L02501	Orhidectomia unilaterală	480.31
108	Orhidectomia bilaterală (excizia testiculelor)	L02502	Orhidectomia bilaterală	480.31
109	Excizia spermatocelului, unilateral	L02303	Excizia spermatocelului, unilateral	480.31
110	Excizia spermatocelului, bilateral	L02304	Excizia spermatocelului, bilateral	480.31
111	Terapia chirurgicală a hidrocelului	L02301	Excizia hidrocelului	480.31
112	Biopsia transrectală (cu ac de biopsie) a prostatei	L00404	Biopsia transrectală (cu ac de biopsie) a prostatei	538.48
113	Rezecția endoscopică a leziunii prostatice	L00302	Rezecția endoscopică a leziunii prostatice	480.31
114	Rezecția endoscopică transuretrală a prostatei	L00601	Rezecția transuretrală a prostatei	742.92
115	Uretrotomia optică internă pentru stricturi uretrale	K07505	Uretrotomia optică	480.31
116	Distrugerea endoscopică a verucilor uretrale	K07602	Distrugerea endoscopică a verucilor uretrale	480.31
117	Hidrodilatarea vezicii urinare sub control endoscopic	K06801	Hidrodilatarea vezicii urinare sub control endoscopic	480.31
118	Rezecția endoscopică vezicală	K06001	Rezecția endoscopică de leziune sau țesut vezical	480.31
119	Extragerea endoscopică a litiazei vezicale	K05604	Litolapaxia vezicii urinare	480.31
120	Cistostomia percutanată cu inserția percutanată a cateterului suprapubic	K05303	Cistotomia percutanată (cistostomia)	259.72
121	Cistoscopia	K04901	Cistoscopia	297.50
122	Rezecția endoscopică a ureterocelului	K03801	Rezecția endoscopică a ureterocelului	480.31
123	Excizia tumorii corneoconjunctivale	C01201	Excizia tumorii limbus-ului	246.93
124	Excizia tumorii corneoconjunctivale	C01202	Excizia tumorii limbus-ului cu keratectomie	246.93
125	Excizia tumorii corneoconjunctivale	C02201	Excizia pingueculei	246.93
126	Repoziționarea cristalinului subluxat	C04401	Repoziționarea cristalinului artificial	246.93
127	Dacriocistorinostomia	C08802	Dacriocistorinostomia	589.67
128	Dacriocistorinostomia	C09001	Procedee închise de restabilire a permeabilității sistemului canalicular lacrimal, un ochi	589.67
129	Septoplastia	E01003	Septoplastia cu rezecția submucoasă a septului nazal	742.92

130	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01601	Extragere intranazală de polip din antrum-ul maxilar	742.92
131	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01602	Extragerea intranazală de polip din sinusul frontal	742.92
132	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01603	Extragere intranazală de polip din sinusul etmoidal	742.92
133	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01604	Extragere intranazală de polip din sinusul sfenoidal	742.92
134	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E00801	Extragerea de polip nazal	742.92
135	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01805	Antrostomia maxilară intranazală, unilateral	589.67
136	Parotidectomia	E02805	Excizia parțială a glandei parotide	589.67
137	Chirurgia ronhopatiei cronice	E03601	Uvulopalatofaringoplastia	500.00
138	Timpanoplastia tip I	D01401	Miringoplastia, abord transcanalar	742.92
139	Timpanoplastia tip I	D01402	Miringoplastia, abord postauricular sau endauricular	742.92
140	Cura chirurgicală a tumorilor benigne ale laringelui	G00402	Microlaringoscopia cu extirparea laser a leziunii	742.92
141	Terapia chirurgicală a apendicitei cronice	J07002	Apendicectomia laparoscopică	742.92
142	Terapia chirurgicală a fisurii perianale	J08101	Excizia fistulei anale implicând jumătatea inferioară a sfincterului anal	500.00
143	Terapia chirurgicală a fisurii perianale	J08102	Excizia fistulei anale implicând jumătatea superioară a sfincterului anal	500.00
144	Terapia chirurgicală a tumorilor de perete abdominal sau ombilic	J12401	Biopsia peretelui abdominal sau a ombilicului	300.00
145	Terapia chirurgicală a granulomului ombilical	J12507	Excizia granulomului ombilical	300.00
146	Hernia ombilicală	J12801	Cura chirurgicală a herniei ombilicale	589.67
147	Hernia epigastrică	J12802	Cura chirurgicală a herniei epigastrice	589.67
148	Eventrație postoperatorie	J12903	Cura chirurgicală a eventrației postoperatorii cu proteză	589.67

NOTĂ:

1. Pozițiile 5 - 13 din tabelul de mai sus se referă la cura chirurgicală a fracturilor de piramidă nazală după un traumatism recent; nu sunt incluse corecțiile estetice.
2. La nivelul unui spital nu pot exista mai multe tarife negociate contractate pentru același tip de caz.

B.3 Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi și tarifele maxime corespunzătoare:

B.3.1 Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraților prin tarif pe serviciu medical/vizită (zi) și pentru care în vederea decontării nu este necesară închiderea fișei de spitalizare de zi (FSZ) după fiecare vizită (zi).

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif maximal pe serviciu medical
1	Chimioterapie*) cu monitorizare	280 lei/ședință
2	Litotritie	350 lei/ședință
3	Tratamentul și profilaxia rabiei cu antitetanic	171 lei/administrare
4	Tratamentul și profilaxia rabiei fără antitetanic	111 lei/administrare
5	Strabism la copii - reeducare ortooptică	50 lei/ședință

B.3.2 Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraților prin tarif pe serviciu medical și pentru care în vederea decontării se închide fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif maximal pe serviciu medical
1	Implant de cristalin**)	1.050 lei/asigurat/un serviciu pentru fiecare ochi, maxim 2 servicii pe CNP
2	Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală * valabil pentru sarcini de până la 12 săptămâni de amenoree	272.40 lei/asigurat /serviciu
3	Amniocenteză***)	900 lei/asigurat/ serviciu
4	Biopsie de vilozități coriale***)	900 lei/asigurat/ serviciu
5	Monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	200 lei/lună/asigurat
6	Evaluarea dinamică a răspunsului viro - imunologic*)	450 lei/lună/asigurat
7	Monitorizarea bolilor neurologice (epilepsie și tulburări de somn, boala Parkinson și alte manifestări extrapiramidale, boli neuromusculare, miastenia gravis și sindromul miastenic, neuropatii periferice, boli neurodegenerative ale sistemului nervos central, scleroza multiplă, stenoze arteriale carotidiene, vertebrale și artere subclaviculare, demențe, paralizii cerebrale)	200 lei/asigurat/lună
8	Monitorizarea și tratamentul talasemiei și hemofiliei*)	200 lei/lună/asigurat
9	Hepatite cronice de etiologie virală B, C și D****)	200 lei/lună/asigurat
10	Ciroza hepatică****)	200 lei/lună/asigurat
11	Boli endocrine (acromegalie în tratament medicamentos și tumori neuroendocrine)****)	200 lei/lună/asigurat

12	Boala Gaucher*****)	200 lei/lună/asigurat
13	Boala cronică inflamatorie intestinală pentru tratamentul cu imunosupresoare*****)	200 lei/lună/asigurat
14	Poliartrita reumatoidă pentru tratamentul cu imunosupresoare*****)	200 lei/lună/asigurat
15	Artropatia psoriazică pentru tratamentul cu imunosupresoare*****)	200 lei/lună/asigurat
16	Spondilita ankilozantă pentru tratamentul cu imunosupresoare*****)	200 lei/lună/asigurat
17	Artrita juvenilă pentru tratamentul cu imunosupresoare*****)	200 lei/lună/asigurat
18	Psoriazis cronic sever pentru tratamentul cu imunosupresoare*****)	200 lei/lună/asigurat
19	Scleroza multiplă*****)	200 lei/lună/asigurat
20	Boli rare*****)	200 lei/lună/asigurat
21	Monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanței toracice*****)	180 lei/asigurat/ semestru
22	Analgezia autocontrolată	69,4 lei/asigurat
23	Analgezie subarahnoidiană	108,5 lei/asigurat
24	Analgezie epidurală simplă	136,6 lei/asigurat
25	Analgezie epidurală cu cateter	209,6 lei/asigurat
26	Blocaj nervi periferici	120,5 lei/asigurat
27	Infiltrație periradiculară transforaminală*****)	400 lei/asigurat
28	Bloc de ram median posterior*****)	120,5 lei/asigurat
29	Bloc de plex simpatic	400 lei/asigurat
30	Ablație cu radiofrecvență de ram median*****)	209,6 lei/nivel/ asigurat
31	Ablație cu radiofrecvență a inervației genunchiului sau a articulației coxofemorale*****)	690 lei/asigurat
32	Ablație sacroiliac*****)	690 lei/asigurat
33	Infiltrație sacroiliacă*****)	400 lei/asigurat
34	Discografie stimulată*****)	400 lei/asigurat
35	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginoase și crize de pierdere a conștienței fără diagnostic etiologic cu investigații de înaltă performanță	409 lei/asigurat
36	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginoase și crize de pierdere a conștienței fără diagnostic etiologic fără investigații de înaltă performanță	204.48 lei/asigurat
37	Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă	57 lei/pacient
38	Urgență medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății	171 lei/pacient
39	Discectomie percutană	690 lei/2 discuri/ asigurat/serviciu
40	Endoscopie de canal spinal	690 lei/asigurat/ serviciu
41	Flavectomie	690 lei/2 discuri/ asigurat
42	Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecția CMV, hepatită B și C)	340 lei/asigurat/ sarcină
43	Monitorizare afecțiuni oncologice cu investigații de înaltă performanță	409 lei/asigurat/lună
44	Monitorizare afecțiuni oncologice fără investigații de înaltă performanță	204,48 lei/asigurat
45	Monitorizare insuficiență renală cronică	204,48 lei/asigurat/ lună

46	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) fără toxină botulinică	349,50 lei/asigurat
47	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) fără toxină botulinică	133,57 lei/asigurat
48	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1.461,05 lei/asigurat/ trimestru
49	Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	905,28 lei/asigurat/ trimestru
50	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1.245,12 lei/asigurat/ trimestru
51	Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	689,35 lei/asigurat/ trimestru
52	Monitorizarea bolilor psihiatrice adulți și copii (tulburări cognitive minore, demențe incipiente, tulburări psihotice și afective în perioade de remisiune, tulburări nevrotice și de personalitate)	200 lei/asigurat/lună
53	Implantarea cateterului venos central long-life destinat: administrării de medicamente, dializei cronice sau administrării de chimioterapice (în cure lungi de 6 - 24 luni) pentru pacienții oncologici, hematologici, dializați. Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central long-life.	960 lei/asigurat
54	Implantarea cateterului venos central cu cameră implantabilă destinat administrării de chimioterapice (în cure lungi de 6 - 24 luni) pentru pacienții oncologici și hematologici. Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central și camerei implantabile.	1.200 lei/asigurat
55	Monitorizarea pacemakerelor/defibrilatorului implantabil	309 lei/asigurat/anual
56	Monitorizarea pacienților cu insuficiență cardiacă congestivă pentru asigurați cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	327 lei/asigurat/anual
57	Monitorizarea pacienților cu tulburări de ritm/ conducere cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	394 lei/asigurat/anual
58	Incizia și drenajul abceselor periosoase (loji superficiale ale capului și gâtului)	519,43 lei/asigurat
59	Suprimarea firelor de sutură la pacienți cu despicături labio-maxilopalatine după plastia buzei sau a palatului	412 lei/asigurat
60	Iridectomia sau capsulotomia cu laser	150 lei/asigurat
61	Implantare cateter peritoneal (tariful include și costul cateterului)	690 lei/asigurat

62	Monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoaselor	130 lei/asigurat/ trimestru
63	Monitorizarea și tratamentul colagenenozelor: poliartrita reumatoidă, lupus eritematos sistemic, dermato-polimiozită, sindrom Sjorgen, vasculite sistemice.	200 lei/asigurat/lună
64	Diagnostic și monitorizare artrită precoce	200 lei/asigurat/lună
65	Monitorizarea bolilor hematologice	200 lei/asigurat/lună
66	Diagnosticarea apneei de somn	238 lei/asigurat
67	Bronhoscopia asociată ecografiei (EBUS)	1.409 lei / asigurat

*) Tariful nu cuprinde medicamentele specifice nominalizate prin programele naționale de sănătate.

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare. Serviciul medical se acordă o singură dată pentru fiecare ochi.

***) Biopsia de vilozități coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală, pentru cazuri cu anomalii majore confirmate imagistic anterior procedurii sau în caz de patologie genetică în familie cu risc de transmitere la descendenți - la recomandarea medicului genetician, sau risc de aneuploidii mai mare de 1/100 la momentul examinării calculat prin algoritm Fetal Medicine Foundation; în tarifele aferente acestora este inclusă și prelucrarea probelor prelevate - analiza ADN prin PCR a cromozomilor 13, 18, 21, X și Y pentru diagnosticarea sindromului Down, Edwards, Patau, a sexului fetal și anomalii numerice a cromozomilor sexuali.

****) Monitorizare și administrare tratament afecțiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)¹, (**)¹β și (**)¹Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)¹, (**)¹β și (**)¹Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare

*****) sub ghidaj Rx

*****) sub ghidaj Rx și mașina de ablație.

*****) Se poate efectua trimestrial la asigurații cu diabet zaharat confirmat.

NOTĂ pentru litera B:

1. Tarifele cuprind cheltuielile aferente cazurilor rezolvate precum și serviciilor medicale (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare, investigații medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operație, precum și cheltuieli indirecte, după caz). În cadrul negocierii tarifelor, furnizorii au obligația să prezinte fundamentarea tarifului pe caz/serviciu care cuprinde modelul de pacient, lista și numărul serviciilor medicale necesare pentru rezolvarea cazului/serviciului medical (consultații, investigații paraclinice, explorări, proceduri, tratamente și alte acte medicale). Fundamentarea tarifului pe caz/serviciu și modelul de pacient se face potrivit Anexei nr. 22 D.

2. Serviciile medicale spitalicești care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B, se pot contracta de casele de asigurări de sănătate cu unitățile sanitare cu paturi și cu unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, care au avizate/aprobate de Ministerul Sănătății structuri de spitalizare de zi.

3. Serviciile acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B pot fi acordate și în regim de spitalizare continuă dacă pacientul prezintă complicații sau comorbidități cu risc pentru pacient, sângerare majoră ce pune problema repleției volemice, risc anestezic greu de managerizat în spitalizare de zi, iar durerea postprocedurală greu de controlat, proceduri invazive majore asociate.

4. Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical este cel negociat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii prevăzuți la punctul 2.

5. Pentru fiecare poziție din cazurile rezolvate/serviciile medicale în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B punctele B.1, B.2, B.3.1 și B.3.2, se întocmesc fișe de spitalizare de zi distincte.

6. Serviciile medicale/cazurile rezolvate prevăzute la litera B nu pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale spitalicești prevăzute la litera A. Excepție face situația în care asiguratul internat în regim de spitalizare continuă poate beneficia concomitent, în altă unitate sanitară, de serviciul medical prevăzut la punctul B.3.1, poziția 1 dacă unitatea sanitară la care asiguratul este internat în regim de spitalizare continuă, nu poate acorda acest serviciu.

7. Serviciile prevăzute la pozițiile 7, 8, 43, 44, 45, 52, 56, 57, 62, 63, 64 și 65 din tabelul de la lit. B.3.2 includ, după caz, și diagnostic/depistare.

8. Serviciile prevăzute la pozițiile 43 și 44 din tabelul de la lit. B.3.2 se pot acorda pacienților cu afecțiuni oncologice care în luna respectivă beneficiază de serviciul prevăzut la poziția 1 din tabelul de la lit. B.3.1

9. La nivelul unui spital nu pot exista mai multe tarife negociate contractate pentru același tip de serviciu.

10. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi sunt:

a) situația de urgență medico-chirurgicală pentru:

a1) serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.2 pozițiile 37 și 38 efectuate în camera de gardă, CPU/UPU care nu sunt finanțate de Ministerul Sănătății/ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.

a2) serviciile prevăzute în lista de la punctul B.1 pozițiile 92, 93, 100 și 101 care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății,

b) diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu pentru serviciile în regim de spitalizare de zi prevăzute în listele de la litera B, cu excepția celor de la lit. a), care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății.

11. Pentru perioada în care un pacient are deschisă o fișă de spitalizare de zi – pe parcursul unei singure zile sau pe parcursul mai multor zile, acesta poate beneficia și de servicii medicale în ambulatoriu de specialitate altele decât cele necesare acordării serviciilor medicale din spitalizare de zi, cu respectarea condițiilor de acordare a serviciilor medicale în ambulatoriu.

C. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie.

Explorări computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă, cu dilacerare de părți moi și/sau afectare de organe interne

2. monotraumatisme:

- cranio-cerebrale

- coloană vertebrală

- torace

- abdomino-pelvine

- fracturi cominutive și/sau deschise cu interesare de vase ale extremităților

3. hemoragii interne (după stabilizarea funcțiilor vitale)

4. accidente cerebro-vasculare acute și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical

5. insuficiență respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară

6. urgențe abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatită acută, peritonită, ocluzie intestinală, ischemie mezenterică, anevrism aortic etc.)

7. meningo-encefalită acută

8. stări comatoase

Examenul CT va înlocui examenul RMN la asigurații cu contraindicații (prezență de stimulatoare cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni).

Explorări prin rezonanță magnetică nucleară (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare
 2. accidente vasculare cerebrale și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizate CT
 3. patologia oncologică indiferent de localizare
 4. necroza aseptică de cap femural
 5. urgențe în patologia demielizantă (nevrita optică; parapareze brusc instalate)
- Examenul RMN va înlocui examenul CT la asigurării 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

Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală spitalicească cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă și de zi și se acordă în situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat

1. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare continuă sunt:

- a) urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care are acest potențial până la rezolvarea situației de urgență;
- b) boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului;
- c) nașterea.

2. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi sunt:

- a) situația de urgență medico-chirurgicală, pentru:
 - a1) serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.2 pozițiile 37 și 38 efectuate în camera de gardă, CPU/UPU care nu sunt finanțate de Ministerul Sănătății/ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie
 - a2) serviciile prevăzute în lista de la punctul B.1 pozițiile 92, 93, 100 și 101 care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății,
- b) epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care nu necesită izolare pentru serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.1 pozițiile 3 și 4 și punctul B.3.2 poziția 62, care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății.

3. Pentru criteriul urgență medico-chirurgicală, spitalul acordă serviciile medicale având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să îl externeze dacă serviciile medicale de urgență nu se mai justifică. Pentru spitalizarea continuă, la solicitarea pacientului se poate continua internarea în regim de spitalizare continuă cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitalicești de către pacient pentru perioada în care serviciile acordate nu mai reprezintă urgență.

CAPITOLUL III

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de serviciile prevăzute la cap. II, precum și de serviciul medical prevăzut la cap. I lit. B.3.1 poziția 1. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicești nu solicită bilet de internare.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr.

883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în asistența medicală spitalicească, de serviciile prevăzute la capitolul I din prezenta anexă. Furnizorii de servicii medicale spitalicești acordă serviciile medicale prevăzute la capitolul I din prezenta anexă, pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene.

3. 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 capitolul II din prezenta anexă, sau de serviciile medicale prevăzute la capitolul I din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Serviciile medicale prevăzute la capitolul I, se acordă pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat și a tarifului pe zi de spitalizare

1. Statul de personal
2. Execuția bugetului instituției sanitare publice la data de 31.12.2016
3. Ultima formă a bugetului de venituri și cheltuieli pentru anul 2016 valabilă la 31.12.2016 aprobată de ordonatorul de credite.
4. Lista investigațiilor paraclinice/serviciilor medicale clinice - consultații interdisciplinare, efectuate în alte unități sanitare: nr., tipul, valoare și nr. de bolnavi internați pentru care au fost efectuate aceste servicii.
5. Stocul de medicamente, materiale sanitare și reactivi la 01.01.2016 și la 31.12.2016
6. Fișa de fundamentare a tarifului pentru anul 2017, pe elemente de cheltuieli*)

 *) Se completează pentru fiecare secție/compartiment pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat și pe bază de tarif pe zi de spitalizare

		mii lei
ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificație bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizații de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanță	10.01.09	
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10.01.12	
Indemnizații de delegare	10.01.13	
Indemnizații de detașare	10.01.14	
Alocații pentru locuințe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuții	10.03	

Contribuții de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuții de asigurări de șomaj	10.03.02	
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10.03.04	
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10.03.06	
Contribuții la fondul de garantare a creanțelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri și servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curățenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat și forță motrică	20.01.03	
Apă, canal și salubritate	20.01.04	
Carburanți și lubrifianți	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poștă, telecomunicații, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20.01.09	
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20.01.30	
Reparații curente	20.02	
Medicamente și materiale sanitare	20.04	
Hrană	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanți	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	

Deplasări, detașări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detașări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărți, publicații și materiale documentare	20.11	
Consultanță și expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecția muncii	20.14	
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol și reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acțiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51.01.38	
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51.01.08	
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51.02.12	

MANAGER

.....

DIRECTOR MEDICAL

.....

DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL

.....

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE PENTRU CARE SPITALUL NU DEȚINE DOTAREA NECESARĂ SAU APARATURA EXISTENTĂ ÎN DOTAREA ACESTUIA NU ESTE FUNCȚIONALĂ ȘI AL CONSULTAȚIILOR INTERDISCIPLINARE, EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE INDIFERENT DE FORMA DE ORGANIZARE A ACESTORA, PE BAZA RELAȚIILOR CONTRACTUALE STABILITE ÎNTRE UNITĂȚILE SANITARE (conform art. 97 lit. a) din Anexa nr. 2 la Hotărârea de Guvern nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare)

UNITATEA SANITARĂ CU PATURI

LOCALITATEA

JUDEȚUL

CONTRACT ÎNCHEIAT CU CAS. NR.

1. DESFĂȘURĂTORUL LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE
LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile medicale paraclinice*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice efectuate	Număr investigații paraclinice efectuate	Tarif/investigație paraclinică contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări.

2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE

LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile paraclinice*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP/ cod unic de asigurare	Tipul investigației paraclinice efectuate	Nr. investigații paraclinice	Tariful investigației efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotalul investigațiilor paraclinice efectuate pe un CNP/cod unic de asigurare				X	
...					
TOTAL					

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 1.

Total col. C6 = total col. C5 din tabelul de la pct. 1.

3. DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAȚII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE (conform art. 97 lit. b) din Anexa nr. 2 la Hotărârea de Guvern nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare)

LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul consultației interdisciplinare efectuate	Număr consultații interdisciplinare efectuate	Tarif/consultație interdisciplinară contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			x	

 *1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări.

4. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAȚII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE
LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP cod unic de asigurare	Tipul consultației interdisciplinare efectuate*)	Nr. consultații interdisciplinare	Tariful consultației interdisciplinare efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotalul consultațiilor interdisciplinare din specialitățile clinice efectuate pe un CNP/cod unic de asigurare				x	
...					
...					
TOTAL					

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3

Total col. C6 = tot. col. C5 din tabelul de la pct. 3

LUNA ANUL

Nr. crt.	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km aferenți serviciilor	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
TOTAL				X	

224

LUNA ANUL

Nr. crt.	CNP/cod unic de asigurare	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km. aferenți serviciilor	Tarif/ km (lei)	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
					X	
Subtotal pe un CNP/cod unic de asigurare						
...						
...						
	TOTAL				X	

Total col. C7 = tot. col. C6 din tabelul de la pct. 5

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

În tabelele de la pct. 2, 4 și 6, în coloana "C2", pentru cetățenii străini se va completa numărul de identificare sau numărul cardului european/numărul pașaportului.

DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL

Unitatea sanitară cu paturi

Nr. Contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate

ADEVERINȚĂ

Nr. /data

Se adeverește prin prezenta că pacientul (nume prenume) CNP este internat începând cu data de în secția cu FOCG nr.

Prezenta s-a eliberat în vederea prescrierii de medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care a depus-o spitalul la contractare.

Semnătura,
cod parafă
medic curant

NOTĂ: se menționează în foaia de observație clinică generală numărul și data adeverinței.

**FUNDAMENTAREA TARIFULUI PE CAZ REZOLVAT MEDICAL/ CAZ REZOLVAT
CHIRURGICAL /SERVICIU ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI**

MODEL DE PACIENT

Denumire afecțiune..... Cod diagnostic..... /
Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală..... Cod procedură...../
Denumire serviciu medical

Nr. Crt.		Cantitate	Tarif/cantitate	Valoare
c1	c2	c3	c4	c5=c3xc4
1.	Consultații de specialitate: (se va trece specialitatea/specialitățile)		x	
				
				
2.	Analize de laborator:		x	
				
				
3.	Investigații imagistice:		x	
				
				
4.	Investigații radiologice:		x	
				
				
5.	Investigații de înaltă performanță:		x	
				
				
6.	Explorări funcționale		x	
				
				
7.	Anestezie: (se va preciza tipul acesteia)			
8.	Intervenții chirurgicale:		x	
				
9.	Biopsie – examen anatomo-patologic:			
				
10.	Administrare de medicamente injectabil/perfuzii/alte tipuri de administrări			
11.	Medicamente:		x	
				
				
12.	Imobilizare gipsată			
13.	Paracenteză / Toracocenteză / alte punctii:		x	

14.	Examinare și consiliere psihologică			
15.	Alte servicii:		x	
				
				
	TOTAL = tarif fundamentat	x	x	
	TARIF PROPUȘ (a se vedea pct. 4 al notei din subsolul tabelului)	x	x	

NOTA:

1. În coloana 2 se completează cu serviciile care justifică tipul de caz / serviciu medical pe care unitatea sanitară îl propune pentru contractare.

2. Pentru consultațiile / investigațiile paraclinice din coloana 2, în situația în care printre acestea se regăsesc consultații / investigații paraclinice din pachetul de bază din ambulatoriu, tarifele aferente nu pot depăși tarifele decontate de casa de asigurări de sănătate în regim ambulatoriu.

3. Total coloana c5 reprezintă tariful fundamentat și propus de furnizor pentru cazurile în care se efectuează întreaga listă de servicii propusă.

4. Tariful propus spre contractare pentru fiecare tip de caz rezolvat/serviciu, reprezintă tariful fundamentat din tabelul de mai sus diminuat cu procentul calculat la numărul de cazuri rezolvate/servicii pentru care se estimează că nu se efectuează întreaga listă de servicii din total cazuri rezolvate/servicii de același tip estimat a se realiza și propus la contractare.

CONDIȚIILE ACORDĂRII SERVICIILOR MEDICALE ÎN UNITĂȚI SANITARE CU PATURI ȘI MODALITĂȚILE DE PLATĂ ALE ACESTORA

ART. 1 Serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații sunt: servicii medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă și spitalizare de zi.

ART. 2 Serviciile medicale spitalicești se acordă sub formă de:

1. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare și paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv; spitalizarea continuă este spitalizare cu durata de spitalizare mai mare de 12 ore.

2. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienții care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore/vizită (zi).

ART. 3 Serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, fac obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi.

Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești prevăzut în anexa nr. 26 la ordin.

Tarifele pentru spitalizare de zi se negociază pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului conform anexei 22 D la ordin, și nu pot fi mai mari decât tarifele maxime prevăzute în anexa nr. 22 la ordin. Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat negociat cu spitalul, este unic pentru același tip de caz/serviciu prevăzut în anexa nr. 22 la ordin, indiferent de structura de spitalizare de zi în care se acordă serviciul/cazul rezolvat.

ART. 4 (1) Furnizarea de servicii medicale spitalicești se acordă în baza contractelor încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi:

1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere și numărul de posturi aprobate, potrivit legii;

2. număr de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii;

3. număr de paturi contractabile cu încadrarea în planul de paturi aprobat la nivel județean stabilit prin ordin al ministrului sănătății; numărul de paturi contractabile pentru fiecare spital, se stabilește cu încadrarea în numărul de paturi aprobat la nivel județean de către o comisie formată din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică/direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie și se avizează de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pe baza fundamentărilor transmise de casele de asigurări de sănătate/direcțiile de sănătate publică și avute în vedere la stabilirea numărului de paturi contractabile.

La stabilirea numărului de paturi contractabile pentru fiecare spital casele de asigurări de sănătate/direcțiile de sănătate publică, vor avea în vedere necesarul de servicii medicale pe specialități inclusiv pentru serviciile medicale acordate asiguraților din alte județe, specialitățile deficitare și condițiile specifice existente la nivel local.

4. indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național, luat în calcul la stabilirea capacității spitalului funcție de numărul de paturi contractabile este:

4.1. pentru secții/compartimente de acuți 290 zile

4.2. pentru secții/compartimente de cronici și îngrijiri paliative 320 zile

4.3. pentru secții/compartimente de cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu

modificările și completările ulterioare, și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) 360 zile.

5. număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel național pe tipuri de secții/compartimente;

6. durată de spitalizare/durata de spitalizare efectiv realizată/durată medie de spitalizare la nivel național în secțiile pentru afecțiuni acute, după caz;

7. număr de cazuri externe - spitalizare continuă, calculat la capacitatea spitalului funcție de numărul de paturi contractabile;

8. indice de complexitate a cazurilor;

9. număr de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi și număr cazuri rezolvate acordate în regim de spitalizare de zi;

10. tarif pe caz rezolvat (DRG);

11. tarif mediu pe caz rezolvat (non DRG);

12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat pentru spitalizare de zi.

13. tarif pe zi de spitalizare pentru secții compartimente de cronici.

14. durata medie de spitalizare la nivel de spital - DMS_spital - este prevăzută în anexa 23 A la ordin pentru spitalele de acuți finanțate pe baza sistemului DRG și durata medie de spitalizare la nivel național - DMS_nat – este 6,22 pentru spitalele de acuți care nu sunt finanțate pe baza sistemului DRG

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitalicești acordate în funcție de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură și de încadrarea cu personalul de specialitate;

2. infecții nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

3. gradul de operabilitate înregistrat pe secțiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

5. numărul de cazuri de urgență medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgență (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;

6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractați pentru anul 2016, sau pentru perioada corespunzătoare, după caz.

(2) Spitalele vor prezenta caselor de asigurări de sănătate, în vederea contractării, nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manager interimar, numit prin ordin al ministrului sănătății în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective;

(3) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă, precum și numărul serviciilor medicale/cazurilor rezolvate estimate a se efectua prin spitalizare de zi în structura de spitalizare de zi a spitalului aprobată/avizată, precum și în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești luând în calcul numărul de paturi contractabile, în condițiile prevederilor hotărârii de Guvern privind aprobarea Planului național de paturi pentru perioada 2017 - 2019.

(5) Furnizorul de servicii medicale spitalicești care înființează, conform legii, structuri sanitare cu paturi distincte, în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală sau pentru care solicită încheierea unui contract și/sau în raza administrativ-teritorială a oricărei case de asigurări de sănătate, poate încheia contract cu casa de asigurări de sănătate/casele de asigurări de sănătate, cu respectarea tuturor celorlalte condiții de contractare.

În situația în care furnizorul de servicii medicale spitalicești se regăsește în anexa nr. 23 A la ordin, contractarea și decontarea pentru afecțiunile acute, se va face prin sistemul DRG pentru fiecare structură avizată/aprobată distinct, conform prevederilor legale în vigoare.

Fiecare structură distinctă (spital) a furnizorului de servicii medicale spitalicești va fi evidențiată distinct în anexa nr. 23 A la ordin.

Pentru structurile distincte (spital) nou-înființate, pentru care nu există istoric astfel încât să poată fi calculat ICM și TCP conform metodologiei aplicată pentru calcularea acestor valori, contractarea se face pe baza tarifului mediu pe caz rezolvat (non DRG).

Pentru fiecare structură distinctă (spital) a furnizorului de servicii medicale spitalicești care are în componență secții/compartimente de cronici contractarea se face pe baza tarifului pe zi de spitalizare.

Pe parcursul derulării contractului pentru secțiile/compartimentele de acuți nou înființate ale furnizorului de servicii medicale spitalicești care se regăsește în anexa nr. 23 A, contractarea se face pe baza tarifului pe caz rezolvat (DRG) al spitalului, prevăzut în anexa nr. 23 A.

(6) În situația în care pe parcursul derulării contractului, se modifică clasificarea spitalului în sensul descreșterii, suma contractată se diminuează corespunzător având în vedere valoarea procentului de referință (P) aferent noii clasificări; economiile rezultate se repartizează de către casa de asigurări de sănătate, spitalelor cu care aceasta se află în relații contractuale, în funcție de criteriile avute în vedere la contractare.

În situația în care pe parcursul derulării contractului, se modifică clasificarea spitalului în sensul creșterii, valoarea procentului de referință (P) nu se modifică și suma contractată nu se recalculează corespunzător noii clasificări.

ART. 5 (1) Valoarea totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești, pentru afecțiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanțate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate contractate x indice case-mix 2017 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2017, respectiv

- număr de cazuri externate contractate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități

a1) Suma contractată (SC) de fiecare spital prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute în sistem DRG, se calculează astfel:

$$SC = P \times (Nr\_pat \times IU\_pat / DMS\_spital) \times ICM \times TCP$$

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Planului național de paturi, în care nu sunt incluse paturile pentru secțiile și compartimentele de ATI, IU_pat, DMS_spital, TCP și ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicele case-mix. Durata medie de spitalizare la nivel de spital - DMS_spital - este prevăzută în anexa 23 A.

Valoarea procentului de referință (P) este stabilită în raport de clasificarea spitalelor în funcție de competențe conform prevederilor legale în vigoare, respectiv prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, cu modificările și completările ulterioare și este:

a) pentru categoria I: $P = 85\%$;

b) pentru categoria IM: $P = (P - 4)\%$;

c) pentru categoria II: $P = (P - 3)\%$;

d) pentru categoria IIM: $P = (P - 5)\%$;

e) pentru categoria III: $P = (P - 5)\%$;

f) pentru categoria IV: $P = (P - 15)\%$;

g) pentru categoria V: $P = (P - 23)\%$;

h) pentru spitalele neclasificabile: $P = (P - 33)\%$.

Pentru anul 2017, suma contractată de spitale nu poate fi mai mare decât cu maximum 25% față de suma contractată în anul precedent pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți, cu excepția spitalelor prevăzute la pozițiile 29, 30, 31, 57 și 266 din anexa 23A la ordin.

a2) Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formula de la punctul a1) ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate ținând cont de valoarea procentului de referință pentru categoria în care se clasifică spitalul, iar DMS_spital se înlocuiește cu DMS_nat de 6,22.

Pentru anul 2017, suma contractată de spitale nu poate fi mai mare decât cu maximum 25% față de suma contractată în anul precedent pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuti.

a3) Număr de cazuri externate ce poate fi contractat:

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital și pe secție se vor avea în vedere:

a3.1. Numărul de cazuri externate calculat la suma contractată = SC (suma contractată) / (ICM x TCP) aferente fiecărui spital; rezultatul se rotunjește la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a3.2 Numărul anual de cazuri externate negociat și contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ține seama și de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează și raportează trimestrial evidența acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică.

a4) Indicele de case-mix pentru anul 2017 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin și rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Numărul de cazuri ponderate se obține prin înmulțirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

a5) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2017 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin, se stabilește pentru fiecare spital și rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate - grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel național, mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI - național, precum și definirea termenilor utilizați - sunt prevăzute în anexa nr. 23 B la ordin.

În situația în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin are în structură secții/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);

a6) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități (non DRG)

Tariful mediu pe caz rezolvat (non DRG) se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului și indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2016 și sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația servicii medicale spitalicești. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la ordin.

În situația în care unul din spitale are în structură secții/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor lit. b).

a7) suma contractată conform prevederilor de mai sus se repartizează pe trimestre și luni; la nivelul fiecărui spital suma lunară prevăzută în contract nu poate fi mai mare decât media lunară stabilită conform formulei prevăzută la lit. a1, respectiv la lit. a2, după caz.

b) suma pentru spitalele de cronici precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății) din alte spitale, care se stabilește astfel:

număr de cazuri externate x durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 25 la ordin sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare

1. Numărul de cazuri externate

Numărul de cazuri externate pe spitale/secții/compartimente se negociază în funcție de:

1.1. media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătății, după caz) și al județului;

1.2. cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție în anul 2017, în funcție de numărul de paturi contractabile, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secții/compartimente de cronici și de durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 25 la ordin sau, după caz, durata de spitalizare

efectiv realizată, pentru secțiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea prevăzută în anexa nr. 25 la ordin, dar nu mai mică de 75% față de aceasta, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (1), după caz.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secție/compartiment se ține seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ține evidența acestor indicatori.

Numărul de cazuri externate, obținut în condițiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2016 pentru care nu se justifică internarea.

2. Durata de spitalizare pe secții este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în anexa nr. 25 la ordin.

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumoftiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2016.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maxime prevăzute în anexa nr. 23 C la ordin.

4. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabilește astfel:

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2017 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative 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. 23 C la ordin.

c) suma aferentă Programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, finanțată din fondul alocat pentru programele naționale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programelor naționale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

e) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie și în cabinetele de boli infecțioase care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin;

f) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțată din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 18 la ordin;

g) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 22 la ordin. Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat negociat cu spitalul, este unic pentru fiecare tip de caz/serviciu prevăzut în anexa nr. 22 la ordin, indiferent de structura de spitalizare de zi în care se acordă serviciul/cazul rezolvat.

h) suma pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condițiile stabilite prin H.G. nr. 161/2016 cu modificările și completările ulterioare și prin anexa nr. 31 la ordin, finanțate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Sumele de la lit. c) și d) ale alin. (1) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la lit. e), f) și h) ale alin. (1) se alocă prin încheierea de contracte distincte corespunzătoare tipului de asistență medicală încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerul Sănătății/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialități.

Serviciile medicale care se acordă în aceste structuri din cadrul spitalelor, sunt prevăzute în anexa nr. 22 litera B punctul B.3.2 pozițiile 37 și 38 sunt decontate prin tarif pe serviciu medical și sunt considerate servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi numai pentru situațiile neinternate prin spitalizare continuă. Numărul serviciilor medicale și tariful aferent acestora se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești. Sumele contractate pentru spitalizare de zi în cadrul acestor structuri, se evidențiază distinct în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu de specialitate sau în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unități sanitare cu paturi a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat (DRG)/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialități (non DRG) aferent spitalizării continue, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare continuă și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Serviciile medicale acordate în ambulatoriul unității sanitare cu paturi și decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau acordate în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical sunt considerate servicii acordate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.

ART. 6 (1) La contractarea serviciilor medicale spitalicești casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(2) Diferența de 6% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează astfel:

a) 5% pentru:

a.1. - decontarea serviciilor prevăzute la art. 100 din H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare

a.2 situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești.

b) 1% pentru complexitate suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă. Suma se calculează trimestrial numai spitalelor care îndeplinesc cumulativ următoarele criterii:

b.1. prezența permanentă a cel puțin unui medic în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă,

b.2. prezența permanentă a unui număr corespunzător de personal mediu sanitar, conform prevederilor legale în vigoare, în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă,

b.3. consum de medicamente de minimum 5% din totalul bugetului stabilit pentru secția/compartimentul de terapie intensivă,

b.4. consum de materiale sanitare cu cel puțin 50% peste media consumului de materiale sanitare la nivelul spitalului (media consumului la nivelul spitalului = consumul total de materiale sanitare la nivel de spital/nr. total al structurilor funcționale ale spitalului, conform structurii aprobate, care contribuie la rezolvarea cazurilor de spitalizare).

Suma aferentă fiecărui spital care îndeplinește criteriile de mai sus se stabilește conform următoarelor formule:

Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de terapie intensivă a spitalului/Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG la nivelul tuturor spitalelor aflate în contract cu o casă de asigurări de sănătate pentru secțiile/compartimentele de terapie intensivă x 25% din suma reprezentând 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor.

Casele de asigurări de sănătate încheie act adițional pentru sumele reprezentând complexitatea suplimentară a cazurilor, fără a modifica numărul de cazuri contractate aferente perioadei pentru care se acordă această sumă.

Zilele de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG din secțiile/compartimentele de terapie intensivă pentru fiecare spital se pun la dispoziția caselor de asigurări de sănătate trimestrial de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

În situația în care nu sunt întrunite de către nici un furnizor, condițiile pentru acordarea sumei calculate trimestrial din 1%, suma respectivă se utilizează în condițiile lit. a).

Spitalele evaluează pacienții atât la intrarea cât și la ieșirea din compartimentele/secțiile TI, în conformitate cu sistemul de punctaj APACHE 2, astfel:

Sistemul de punctaj, APACHE-2									
Variabile fiziologice									
Variabile	Punctaj								
	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectală (°C)	> 41	39.0 - 40.9		38.5 - 38.9	36.0 - 38.4	34.0 - 35.9	32.0 - 33.9	30.0 - 31.9	< 29.9
Mijloc BP (mm Hg)	> 160	130 - 159	110 - 129		70 - 109		50 - 69		< 49
Ritmul inimii (bătăi/min)	> 180	140 - 179	110 - 139		70 - 109		55 - 69	40 - 54	< 39
Rata respirației (respirații/min)	> 50	35 - 49		25 - 34	12 - 24	10 - 11	6 - 9		< 5
Oxygenare (kPa)*:									
FiO ₂ > 50%	66.5	46.6 - 66.4	26.6 - 46.4		< 26.6				
A-aDO ₂									
FiO ₂ < 50% PaO ₂					> 9.3	8.1 - 9.3		7.3 - 8.0	< 7.3
pH arterial	> 7.7	7.60 - 7.59		7.50 - 7.59	7.33 - 7.49		7.25 - 7.32	7.15 - 7.24	< 7.15
Serum sodium (mmol/l)	> 180	160 - 179	155 - 159	150 - 154	130 - 149		120 - 129	111 - 119	< 110
Serum potassium (mmol/l)	> 7	6.0 - 6.9		5.5 - 5.9	3.5 - 5.4	3.0 - 3.4	2.5 - 2.9		< 2.5

Serum creatinine (micromol/l)	> 300	171 - 299		121 - 170	50 - 120		< 50		
Total volum celule (%)	> 60		50 - 59.9	46 - 49.9	30 - 45.9		20 - 29.9		< 20
Număr de leucocite ($\times 10^9/l$)	> 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 (1) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2017 cu destinația servicii medicale spitalicești și alocate caselor de asigurări de sănătate, se contractează de către acestea prin acte adiționale la contractele inițiale pentru anul 2017, precum și pentru încheierea de contracte noi. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare condițiile avute în vedere la contractare și indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii inițiale de contract/actelor adiționale, precum și nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractați. Încheierea de contracte noi se face cu avizul ordonatorului principal de credite și la contractare casa de asigurări de sănătate are în vedere încadrarea în numărul de paturi contractabile la nivel de județ, îndeplinirea tuturor condițiilor de contractare, necesarul de servicii medicale și încadrarea în fondurile alocate cu destinație servicii medicale spitalicești, cu respectarea prevederilor de la art. 5 alin. (1).

(2) Pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, din fondurile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. a) punctul a.2), precum și din fondurile prevăzute la alin. (1), pot fi contractate cu spitalele/secțiile/compartimentele de acuzi servicii medicale acordate de la data semnării actului adițional, dar fără a se depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital stabilită astfel:

$(Nr\_pat \times IU\_pat / DMS\_spital) \times ICM \times TCP / 12 \text{ luni}$

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Planului național de paturi, IU_pat, DMS_spital, TCP și ICM reprezintă indicii de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicii case-mix.

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externe pe fiecare specialitate, iar DMS_spital se înlocuiește cu DMS_nat de 6,22.

ART. 8 Sumele pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi de unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, inclusiv centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, și care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, se determină prin înmulțirea numărului de servicii medicale spitalicești/cazuri rezolvate cu tarifele negociate aferente acestora. Tarifele sunt stabilite conform prevederilor art. 3.

ART. 9 (1) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuzi, se face în funcție de:

1.1. numărul de cazuri externe, raportate și validate.

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

1.2. valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz;

1.3. tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2017, prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin;

2. Trimestrial se fac regularizări și decontări, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acută, în funcție de:

2.1. numărul de cazuri externate, raportate și validate în ordine cronologică în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 aprilie 2017 și până la sfârșitul trimestrului respectiv.

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numărul de cazuri rezolvate, validate și decontate este număr întreg.

Pentru trimestrul I 2017 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

2.2. valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz

2.3. TCP-ul prevăzut pentru fiecare spital în anexa nr. 23 A la ordin,

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acută realizate, validate și decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acută, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acută realizate, validate și decontate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acută realizate și validate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face nivelul contractat.

În situația în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea continuă și nu se înregistrează depășiri la spitalizarea de zi, suma aferentă nerealizărilor aferente spitalizării continue se poate redistribui la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare în situația în care valoarea de contract aferentă acestor luni este mai mică decât cea stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. a), fără a se depăși media lunară a sumei stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. a), iar eventualele diferențe din nerealizări se diminuează prin act adițional.

b) pentru serviciile medicale spitalicești pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

b1) pentru spitalele de cronici și pentru secțiile/compartimentele de cronici:

1. decontarea lunară în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă cronici se face în funcție de:

1.1. numărul de cazuri externate, raportate și validate

Numărul de cazuri externate și raportate se validează de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

1.2. durata de spitalizare, astfel: durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin dacă durata efectiv realizată este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordin;

1.3. tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru

secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, pneumoftiziologie adulți și copii, psihiatrie cronici, serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și validat pentru luna pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

2. Trimestrial se fac regularizări și decontări în limita sumei contractate pentru spitalizare cronici în funcție de:

2.1. numărul de cazuri externate, raportate și validate pentru perioada de la 1 aprilie 2017 și până la sfârșitul trimestrului respectiv:

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Pentru trimestrul I 2017 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

2.2. durata de spitalizare, astfel: durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin dacă durata efectiv realizată este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută în anexa nr. 25 la ordin;

2.3. tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secțiilor pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani, precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, pneumoftiziologie adulți și copii, psihiatrie cronici, decontarea se face în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și validat pentru perioada de la 1 aprilie 2017 și până la sfârșitul trimestrului respectiv și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Pentru trimestrul I 2017 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate, validate și decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă cronici, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile cronice se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate, validate și decontate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate și validate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face nivelul contractat.

În situația în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea continuă, suma aferentă nerealizărilor se poate redistribui la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare în situația în care valoarea de contract aferentă acestor luni este mai mică decât cea stabilită conform art.

5 alin. (1) lit. b), fără a se depăși media lunară a sumei stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. b), iar eventualele diferențe din nerealizări se diminuează prin act adițional.

b2) pentru serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă:

1. decontarea lunară în limita sumei contractate pentru servicii paliative în regim de spitalizare continuă se face în funcție de:

1.1. numărul de zile de spitalizare realizat și validat

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

1.2. tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi

2. Trimestrial se fac regularizări și decontări în limita sumei contractate pentru servicii paliative în funcție de:

2.1. numărul de zile de spitalizare realizate raportate și validate pentru **trimestrul** pentru care se face regularizarea.

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Pentru trimestrul I 2017 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

2.2. tariful pe zi de spitalizare negociat

c) pentru serviciile medicale spitalicești, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (aprobate/avizate de Ministerul Sănătății, după caz ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de cronici, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuți, se face în funcție de:

1.1. numărul de cazuri externate raportate și validate

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

1.2. tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

2. Trimestrial se fac regularizări și decontări, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuți, în funcție de:

2.1. numărul de cazuri externate, raportate și validate în ordine cronologică în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de 1 aprilie 2017 și până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Numărul de cazuri rezolvate, validate și decontate este număr întreg.

2.2. tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

Pentru trimestrul I 2017 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuți, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate și validate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul contractat.

În situația în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea continuă, suma aferentă nerealizărilor se poate redistribui la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare în situația în care valoarea de contract aferentă acestor luni este mai mică decât cea stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. a), fără a se depăși media lunară a sumei stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. a), iar eventualele diferențe din nerealizări se diminuează prin act adițional.

d) suma aferentă Programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, se decontează la nivelul realizărilor în limita sumelor prevăzute în programele naționale cu scop curativ;

e) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programelor naționale cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor în limita sumelor contractate cu această destinație;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, cabinete de boli infecțioase și în cabinete de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, efectuate în regim ambulatoriu precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, decontată din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor decontată din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 18 la ordin, în limita sumei contractate;

h) pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate spitalizare de zi, se face în funcție de:

1.1. numărul de cazuri/servicii raportate și validate

Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

1.2. tariful negociat pe serviciu/caz rezolvat

2. La regularizarea trimestrială în vederea decontării, casele de asigurări de sănătate au în vedere următoarele:

2.1. numărul de cazuri rezolvate/servicii, raportate și validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la de la 1 aprilie 2017 și până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;

Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

2.2. tariful negociat pe caz rezolvat/serviciu

Contravaloarea serviciilor/cazurilor rezolvate calculată pe baza indicatorilor de mai sus trebuie să se încadreze în sumele contractate pentru spitalizare de zi.

În situația în care contravaloarea cazurilor rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate și validate este peste cea contractată, casele de asigurări de sănătate pot deconta această depășire în limita economiilor înregistrate în spitalizarea continuă acută.

În situația în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea de zi, suma aferentă nerealizărilor se poate redistribui la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare cu destinația servicii de spitalizare de zi, iar eventualele diferențe se diminuează prin act adițional.

Pentru trimestrul I 2017 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

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

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează - la unitatea sanitară de la care a fost transferat cazul - în procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% 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) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la punctul 3 litera F capitolul II din anexa nr. 1 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 25% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

ART. 10 Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești cu casele de asigurări de sănătate:

a) cheltuielile privind investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională, cu încadrarea în bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective;

sumele astfel suportate de către spitale pentru investigații paraclinice pentru pacienții internați, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 22 B la ordin.

b) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, cu excepția transportului efectuat de serviciile publice de ambulanță pentru pacienții care nu se află în stare critică și care se află în unitățile sau compartimentele de primiri urgențe și care necesită transport la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparținând unității sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, acesta fiind suportat de către Ministerul Sănătății din fondul alocat serviciilor de ambulanță; sumele plătite de către spitale pentru transportul interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 22 B la ordin.

c) suma aferentă consultațiilor interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru consultațiile interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 22 B la ordin.

ART. 11 (1) Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat.

Asigurații suportă, în cazul spitalizării continue, contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilite prin acte normative.

Contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort se stabilește de fiecare unitate sanitară furnizoare de servicii spitalicești. Pentru unitățile sanitare cu paturi, atât publice cât și private contribuția personală a asiguraților pentru aceste servicii este de maxim 300 lei/zi.

(2) Spitalele încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății, astfel:

a) Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

b) Pentru serviciile medicale spitalicești, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Excepție fac serviciile medicale spitalicești acordate în secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitalicești pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, serviciile medicale spitalicești pentru tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitalicești pentru pacienții din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor spital precum și serviciile medicale spitalicești de lungă durată - ani și serviciile medicale spitalicești pentru care criteriul de internare este urgența medico-chirurgicală.

c) Pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplății este de 5 lei iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplății este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul Consiliului de administrație al unității sanitare respective.

(3) Furnizorii de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești contractate, încasează din partea asiguratului numai sumele reprezentând coplata și contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort.

(4) Categoriile de asigurați scutite de coplată prevăzute la art. 225 din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și documente și/sau după caz declarație pe proprie răspundere că îndeplinește condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în anexa nr. 23 D la ordin.

ART. 12 (1) Spitalele, inclusiv centrele de sănătate multifuncționale cu și fără personalitate juridică, sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din secțiile/compartimentele de ATI - structuri care nu internează/externează direct cazuri, precum și pentru investigații paraclinice și pentru medicamente - în limita listei prezentată la contractare -, materiale sanitare, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile prevăzute la art. 10 lit. a), b) și c), cu excepția:

a. medicamentelor și materialelor sanitare, pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate;

b. dispozitivelor medicale și serviciilor de tratament și/sau diagnostic acordate în cadrul programelor naționale de sănătate pentru unele afecțiuni din programele naționale de sănătate.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile H.G. nr. 161/2016 cu modificările și completările ulterioare și ale prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor și se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobată prin decizie a conducătorului instituției; metodologia va fi pusă la dispoziția casei de asigurări de sănătate și va fi adusă la cunoștință și pacienților la internarea acestora în spital.

ART. 13 (1) Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă numai pe bază de recomandare medicală asiguraților conform fișelor de solicitare prevăzute în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică pacienților internați. Fișele de solicitare se întocmesc într-un singur exemplar dacă serviciile medicale de înaltă performanță se efectuează de către spitalul în care este internat pacientul, fără a se întocmi bilet de trimitere pentru servicii medicale paraclinice.

(3) În situația în care spitalele nu dețin dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestora nu este funcțională, pentru pacienții internați cărora li se recomandă servicii medicale de înaltă performanță prevăzute la alin. (1) ce vor fi efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, spitalele întocmesc fișele de solicitare prevăzute în anexa nr. 24 la ordin care se completează în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea și, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță. La fișa de solicitare se atașează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

ART. 14 Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului), informații care trebuie să se regăsească și în foaia de observație clinică generală la epicriză.

Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să elibereze prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă recomandă un tratament în ambulatoriu conform scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital, pentru o perioadă de maximum 30 de zile.

Medicii care își desfășoară activitatea în spital pot recomanda servicii de îngrijiri medicale la domiciliu prin eliberarea recomandării al cărui model este prezentat în anexa nr. 31 C la ordin, ca o consecință a

actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status.

ART. 15 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spitale pe trimestre și luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

(2) Casa de asigurări de sănătate decontează, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

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

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, a cazurilor care necesită internare în secțiile de obstetrică și neonatologie și a bolilor cu potențial endemo-epidemic.

(4) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați și, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcție de subordonare, și caselor de asigurări de sănătate execuția bugetului de venituri și cheltuieli. Regularizarea și decontarea trimestrială se face până în ultima zi a 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, raportate și validate conform contractului de furnizare de servicii medicale de la data de 1 aprilie 2017 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 până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

ART. 16 Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii ce-și desfășoară activitatea în aceste unități. Modelul de convenție este cel prevăzut în anexa nr. 42 la ordin.

Serviciile medicale spitalicești pot fi acordate asiguraților și pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz.

ART. 17 Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către membrii Comitetului director, care răspund, în condițiile legii, de realitatea și exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției.

ART. 18 Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitalicești sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoștință Ministerului Sănătății sau celorlalte ministere și instituții cu rețea sanitară proprie, respectiv autorităților administrației publice locale, în funcție de subordonare, și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situație, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății, ai ministerului de resort, ai autorităților administrației publice locale, după caz, precum și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluționează divergențele.

ART. 19 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale furnizorilor de servicii medicale întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 20 Furnizorii de servicii medicale spitalicești vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialități și a tarifului pe zi de spitalizare prevăzute în anexa nr. 22 A la ordin, precum și a tarifului pe caz/serviciu medical pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute în anexa nr. 22 D la ordin.

LISTA
SPITALELOR PENTRU CARE PLATA SE FACE PRIN TARIF PE CAZ REZOLVAT,
ICM, TCP ȘI DMS VALABILE PENTRU ANUL 2017

Nr. crt.	Cod spital	Denumire spital	ICM 2017 *)	TCP 2017 **)	DMS_spital ***)
1.	AB01	Spitalul Judetean de Urgenta Alba Iulia	1,3368	1500	6,18
2.	AB02	Spitalul de Boli Cronice Campeni	1,0441	1430	7,63
3.	AB03	Spitalul Municipal Blaj	1,4383	1475	5,73
4.	AB04	Spitalul Orasenesc Abrud	1,1034	1475	5,94
5.	AB05	Spitalul Municipal Aiud	1,2385	1475	6,17
6.	AB06	SPITALUL ORASENESC CAMPENI	1,1027	1475	5,98
7.	AB08	Spitalul Municipal Sebes	1,2606	1475	6,69
8.	AB09	Spitalul Orasenesc Cugir	0,9749	1475	6,02
9.	AB12	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE AIUD	0,9675	1430	7,61
10.	AB14	SC CENTRUL MEDICAL DR. LAURA CATANA	1,2897	1430	5,41
11.	AG01	Spitalul Judetean de Urgenta Pitesti	1,3057	1600	6,58
12.	AG02	Spitalul de Pediatrie Pitesti	1,2828	1600	4,08
13.	AG04	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE CAMPULUNG	0,9487	1430	8,83
14.	AG05	Spitalul Municipal Campulung	1,1609	1475	6,04
15.	AG06	Spitalul Orasenesc "Regele Carol I" Costesti	1,2680	1475	5,73
16.	AG07	Spitalul Municipal Curtea de Arges	1,1380	1475	6,54
17.	AG08	Spitalul Orasenesc "Sf. Spiridon" Mioveni	0,8906	1475	6,94
18.	AG13	SPITALUL DE PSIHIATRIE SF MARIA VEDEA	1,3256	1430	7,91
19.	AG14	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE "SF ANDREI" VALEA IASULUI	0,9484	1430	8,95
20.	AG15	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE LEORDENI	1,0248	1430	9,80
21.	AG24	SC MUNTENIA MEDICAL COMPETENCES SA	1,5717	1430	3,42
22.	AR01	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Arad	1,3937	1600	6,68

23.	AR05	Spitalul Orasenesc Ineu	1,3042	1475	7,07
24.	AR06	SPITALUL Orasenesc LIPOVA	0,7821	1475	7,47
25.	AR07	SPITALUL de Boli Cronice SEBIS	0,8410	1430	7,85
26.	AR14	SC Terapeutica SA CHISINEU-CRIS	1,3884	1475	4,87
27.	AR20	SC MEDICAL LASER SYSTEM	0,5030	1475	3,42
28.	AR21	S.C. GENESYS MEDICAL CLINIC S.R.L.	1,2107	1475	3,42
29.	B_01	Spitalul Clinic "Sf. Maria" Bucuresti	1,5881	1550	5,41
30.	B_02	Spitalul Clinic de Urgenta Bucuresti	1,5233	1850	6,55
31.	B_03	Spitalul Clinic de Urgenta de Chirurgie Plastica, Reparatrice si Arsuri Bucuresti	2,4070	2230	8,12
32.	B_04	Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" Bucuresti	1,5803	1525	5,41
33.	B_05	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Gr. Alexandrescu" Bucuresti	1,3358	1600	3,87
34.	B_06	Spitalul Clinic "Filantropia" Bucuresti	0,9039	1600	3,42
35.	B_08	Spitalul Clinic de Urgente Oftalmologice Bucuresti	0,6229	1575	3,42
36.	B_09	Spitalul Clinic de Chirurgie Oromaxilofaciala "Prof. Dr. Dan Teodorescu" Bucuresti	0,6193	1600	3,42
37.	B_101	TINOS CLINIC SRL	1,2202	1475	3,42
38.	B_103	S.C. CENTRUL MEDICAL UNIREA S.R.L.	1,3628	1475	3,42
39.	B_11	Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucuresti	1,0895	1800	6,14
40.	B_110	CLINICA ANGIOMED	1,5953	1430	3,42
41.	B_113	SC Delta Health Care SRL	1,3149	1475	3,42
42.	B_116	SC Sanador SRL - Spitalul Sanador	1,4760	1500	3,42
43.	B_12	Institutul de Endocrinologie "C. I. Parhon" Bucuresti	0,9357	1800	4,17
44.	B_121	Clinica de angiografie si terapie endovasculara Hemodinamic	2,5921	1430	3,42
45.	B_124	SC MedLife SA Sucursala Bucuresti	0,7528	1500	3,42
46.	B_125	SC CENTRUL MEDICAL MEDAS 2003 SRL	1,5881	1430	3,42
47.	B_128	SC Medicover Hospitals SRL	0,8170	1475	3,42
48.	B_129	SC Centrul Medical „Policlinico di Monza” SRL	1,7039	1430	4,25
49.	B_13	Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino" Bucuresti	1,2046	1500	4,85

50.	B_136	SC PROMED SYSTEM SRL	0,6176	1430	3,42
51.	B_14	Institutul National de Diabet, Nutritie si Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucuresti	1,4883	1800	5,20
52.	B_140	Fundatia „Dr. Victor Babes” Spital General	1,3416	1430	4,14
53.	B_144	DYNAMIC MEDICAL	0,7232	1430	3,42
54.	B_145	S.C. MEDICABLE LIFE HOSPITAL S.R.L.	1,0991	1430	3,42
55.	B_15	Spitalul Clinic de Ortopedie - Traumatologie si TBC Osteoarticular "Foisor" Bucuresti	1,9314	1825	6,69
56.	B_16	Spitalul Clinic Colentina Bucuresti	2,2666	1550	6,18
57.	B_18	Institutul Clinic Fundeni Bucuresti	1,4585	1808	5,80
58.	B_19	Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu" Bucuresti	2,1941	1800	5,26
59.	B_20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei si Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucuresti	0,9626	1800	5,16
60.	B_21	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Pantelimon" Bucuresti	1,3942	1600	5,25
61.	B_22	Spitalul Clinic de Copii "Dr. V. Gomoiu" Bucuresti	1,1545	1525	4,32
62.	B_23	Spitalul Clinic "Coltea" Bucuresti	1,6502	1575	7,13
63.	B_25	Spitalul Clinic de Boli infectioase si Tropicale "Dr. V. Babes" Bucuresti	1,3668	1525	6,95
64.	B_27	SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE "DR. ALEXANDRU OBREGIA" BUCURESTI	1,5913	1575	9,15
65.	B_28	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "M. S. Curie" Bucuresti	1,1934	1600	5,43
66.	B_29	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Ioan" Bucuresti	1,4940	1600	5,27
67.	B_31	Spitalul Clinic "Prof. Dr. Th. Burghel" Bucuresti	1,2078	1658	6,25
68.	B_32	Institutul de Fonoaudiologie si Chirurgie Functionala ORL "Prof. Dr. D. Hociota" Bucuresti	1,4485	1800	6,66
69.	B_33	Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti	1,3942	1850	6,19
70.	B_34	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sirbu" Bucuresti	1,1340	1600	3,42
71.	B_35	Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" Bucuresti	2,4980	1600	5,98
72.	B_36	Institutul National de Neurologie si Boli Neurovasculare Bucuresti	1,7044	1800	8,34
73.	B_38	CENTRUL DE EVALUARE SI TRATAMENT A TOXICODEPENDENTELOR PENTRU TINERI "SF. STELIAN"	1,4559	1430	9,95
74.	B_40	SPITALUL DE PNEUMOTIZIOLOGIE "SF. STEFAN"	0,8972	1430	6,67
75.	B_41	Centrul de Boli Reumatismale "Dr. I. Stoia" Bucuresti	1,5946	1580	6,27

76.	B_42	Spitalul Clinic "Nicolae Malaxa" Bucuresti	1,2344	1500	5,17
77.	B_47	INSTITUTUL NATIONAL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE "MARIUS NASTA" BUCURESTI	1,5545	1800	9,53
78.	B_48	Institutul National de Boli Infectioase "Prof. Dr. Matei Bals" Bucuresti	1,7449	1800	5,86
79.	B_50	CENTRUL DE SANATATE RATB	1,0135	1475	3,42
80.	B_80	Spitalul Universitar de Urgenta "Elias" Bucuresti	1,3200	1850	5,18
81.	B_90	SPITALUL DE PSIHIATRIE TITAN "DR.C.GORGOS"	1,4258	1430	9,13
82.	B_91	SC CRESTINA MEDICALA MUNPOSAN '94 SRL	1,1300	1430	4,59
83.	B_95	EUROCLINIC HOSPITAL S.A.	1,0462	1475	3,42
84.	B_96	SC MED LIFE SA	1,4197	1500	3,42
85.	B_97	CLINICA SF. LUCIA S.R.L.	1,0403	1430	3,42
86.	BC01	Spitalul Judetean de Urgenta Bacau	1,2627	1600	5,74
87.	BC02	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE BACAU	1,0542	1430	8,27
88.	BC03	Spitalul Municipal Onesti	1,1027	1500	6,18
89.	BC04	Spitalul Orasenesc Buhusi	1,1039	1475	6,64
90.	BC05	Spitalul Orasenesc "Ioan Lascar" Comanesti	1,3382	1475	6,92
91.	BC06	Spitalul Municipal de Urgenta Moinesti	1,4729	1500	5,73
92.	BC08	SC Polimed SRL	0,9756	1475	5,19
93.	BC14	SC CLINICA PALADE SRL BACAU	0,8279	1430	4,14
94.	BC15	S.C. ELDIMED MATERNA S.R.L.	1,9201	1430	3,42
95.	BH01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA ORADEA	1,5841	1600	5,21
96.	BH02	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL "DR. GAVRIL CURTEANU" ORADEA	1,3518	1550	7,58
97.	BH07	Spitalul Orasenesc Alesd	1,1630	1475	6,40
98.	BH09	Spitalul Municipal "Episcop N. Popovici" Beius	1,1299	1475	6,46
99.	BH10	Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita	1,1724	1475	6,48
100.	BH11	SPITALUL DE PSIHIATRIE NUCET	1,2255	1430	11,80
101.	BH12	Spitalul Municipal Salonta	1,1398	1475	6,08

102.	BH13	SPITALUL ORASENESC STEI	1,0230	1430	6,64
103.	BH14	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA STEI	1,1218	1475	14,07
104.	BH26	SC Pelican Impex SRL	1,7310	1550	3,42
105.	BH28	Clinica NewMedics	0,7741	1430	5,76
106.	BH32	SC Euclid SRL	0,8750	1430	3,42
107.	BN01	Spitalul Judetean de Urgenta Bistrita	1,1592	1500	6,53
108.	BN02	Spitalul Orasenesc "Dr. G. Trifon" Nasaud	1,1328	1475	6,24
109.	BN03	Spitalul Orasenesc Beclean	0,8642	1475	6,03
110.	BN09	S.C. CLINICA SANOVIL S.R.L	1,1984	1475	3,42
111.	BR01	Spitalul Judetean de Urgenta Braila	1,4204	1500	7,00
112.	BR05	Spitalul Orasenesc Faurei	1,0675	1475	5,83
113.	BR07	SPITALUL DE PSIHIATRIE "SF.PANTELIMON" BRAILA	1,3290	1430	9,87
114.	BR09	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE BRAILA	0,8688	1430	7,04
115.	BT01	Spitalul Judetean de Urgenta "Mavromati" Botosani	1,2052	1500	6,35
116.	BT02	SPITALUL de Recuperare "SF. GHEORGHE" BOTOSANI	1,0112	1430	7,69
117.	BT06	Spitalul Municipal Dorohoi	1,0306	1475	5,93
118.	BT10	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE BOTOSANI	1,1180	1430	6,64
119.	BV01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Brasov	1,6069	1600	6,61
120.	BV02	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. I. A. Sbarcea" Brasov	1,0559	1525	4,21
121.	BV03	Spitalul Clinic de Copii Brasov	1,2161	1600	4,91
122.	BV04	Spitalul de Boli Infectioase Brasov	1,5688	1525	6,82
123.	BV05	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE BRASOV	1,1222	1525	7,86
124.	BV06	Spitalul Municipal Dr. Aurel Tulbure Fagaras	1,0537	1475	5,19
125.	BV08	Spitalul Municipal Codlea	1,0421	1430	6,38
126.	BV10	Spitalul Orasenesc "Dr. C. T. Sparchez" Zarnesti	0,9472	1475	5,69
127.	BV12	Spitalul Orasenesc Rupea	0,9062	1475	5,67
128.	BV13	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI NEUROLOGIE BRASOV	1,2874	1525	11,31

129.	BV17	S.C. RUR MEDICAL S.R.L.	1,0611	1430	3,42
130.	BV18	SC Clinicile ICCO SRL Braşov	1,5548	1525	3,42
131.	BV20	SC VITALMED CENTER SRL	0,7726	1430	4,40
132.	BV21	S.C. Teo Health S.A. - Spitalul Sf. Constantin	1,5105	1500	3,42
133.	BV22	CLINICA NEWMEDICS	0,3708	1430	3,42
134.	BV23	S.C. CENTRUL MEDICAL UNIREAL S.R.L. BRASOV	0,9382	1500	3,42
135.	BV24	S.C. PDR S.A.	1,4661	1475	3,42
136.	BV25	SC ONCO CARD SRL- CENTRUL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT ONCOLOGIC	1,2929	1430	3,42
137.	BV28	SC Clinicile ICCO Ortopedie SRL	1,8198	1430	6,31
138.	BZ01	Spitalul Judetean de Urgenta Buzau	1,2029	1500	5,56
139.	BZ02	Spitalul Municipal Ramnicu Sarat	1,0478	1475	5,82
140.	BZ04	Spitalul Orasenesc Nehoiu	0,9223	1475	5,86
141.	BZ09	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA SAPOCA	1,4447	1475	10,14
142.	CJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Cluj-Napoca	1,3046	1850	6,45
143.	CJ02	Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie CLUJ-NAPOCA	2,0288	1800	6,19
144.	CJ03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii Cluj-Napoca	1,1057	1600	4,17
145.	CJ04	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE "LEON DANIELLO" CLUJ-NAPOCA	1,8004	1600	8,58
146.	CJ05	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Cluj-Napoca	1,8034	1525	6,49
147.	CJ06	SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE CLUJ-NAPOCA	2,1503	1525	8,79
148.	CJ07	Spitalul Municipal Clinic Cluj-Napoca	1,3149	1550	7,33
149.	CJ08	Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca	1,1816	1800	6,74
150.	CJ09	Institutul Inimii "Prof. Dr. N. Stancioiu" Cluj-Napoca	2,2997	1800	7,04
151.	CJ10	Spitalul Municipal Dej	1,0630	1475	7,41
152.	CJ11	Spitalul Municipal Turda	1,0830	1475	6,60
153.	CJ12	Spitalul Municipal Gherla	0,8333	1475	5,39
154.	CJ13	Spitalul Orasenesc Huedin	1,0094	1475	6,43

155.	CJ14	Spitalul Municipal Campia Turzii	0,9409	1475	5,71
156.	CJ21	Institutul Clinic de Urologie si Transplant Renal Cluj-Napoca	1,1699	1839	5,62
157.	CL01	Spitalul Judetean de Urgenta Calarasi	1,2221	1500	5,60
158.	CL02	Spitalul Municipal Oltenita	0,8275	1475	5,85
159.	CL03	Spitalul Orasenesc Lehliu-Gara	0,8419	1475	5,50
160.	CL06	SPITALUL DE PSIHIATRIE SAPUNARI	1,5799	1430	14,19
161.	CL07	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE CALARASI	1,3514	1430	6,99
162.	CS01	Spitalul Judetean Resita	1,2471	1500	7,17
163.	CS02	Spitalul Municipal de Urgenta Caransebes	0,9211	1500	6,76
164.	CS03	Spitalul Orasenesc Oravita	0,7839	1475	6,02
165.	CS05	Spitalul Orasenesc Moldova Noua	0,8630	1475	6,24
166.	CS07	Spitalul Orasenesc Otelu Rosu	1,0934	1475	6,25
167.	CT01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA CONSTANTA	1,4856	1850	5,65
168.	CT04	Spitalul Municipal Medgidia	1,0370	1500	5,83
169.	CT05	SPITALUL ORASENESC CERNAVODA	0,9296	1475	4,04
170.	CT06	Spitalul Municipal Mangalia	1,1994	1475	6,25
171.	CT07	Spitalul Orasenesc Harsova	1,0972	1475	5,52
172.	CT14	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Constanta	1,7129	1525	5,92
173.	CT18	S.C. MEDICAL ANALYSIS	1,8186	1430	3,42
174.	CT19	SC MEDSTAR 2000 Clinic S.R.L.	1,4368	1430	3,42
175.	CT20	EUROMATERNA SA	1,2330	1430	3,42
176.	CT22	ISIS MEDICAL CENTER	1,3231	1430	3,42
177.	CT24	SC ROCOMEDICOR SRL	1,4516	1430	3,42
178.	CT32	SC OVIDIUS CLINICAL HOSPITAL SRL	1,1448	1430	3,42
179.	CV01	Spitalul Judetean "Dr. Fogolyan Kristof" Sfantu Gheorghe	1,2501	1500	6,17
180.	CV03	Spitalul Municipal Targu Secuiesc	0,9641	1475	5,81
181.	CV04	Spitalul Orasenesc Baraolt	0,7750	1475	5,25

182.	CV05	Spitalul de Recuperare Cardiovasculară "Dr. Benedek Geza" Covasna	0,7586	1475	5,82
183.	CV08	SC Andimex SRL	0,6931	1430	3,42
184.	DB01	Spitalul Judetean Targoviste	1,3658	1500	6,09
185.	DB02	Spitalul Orasenesc Pucioasa	1,1066	1475	8,01
186.	DB03	Spitalul Orasenesc Gaesti	1,0286	1475	6,11
187.	DB04	Spitalul Orasenesc Moreni	0,9840	1475	6,36
188.	DJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Craiova	1,1780	1800	5,85
189.	DJ02	Spitalul Municipal Clinic "Filantropia" Craiova	1,1818	1475	5,42
190.	DJ03	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Victor Babes" Craiova	1,2617	1525	6,30
191.	DJ04	Spitalul Municipal "Dr. Irinel Popescu" Bailesti	0,9386	1475	5,57
192.	DJ05	Spitalul "Filisanilor" Filiasi	0,9863	1475	6,21
193.	DJ06	Spitalul Orasenesc Segarcea	0,9586	1475	5,43
194.	DJ07	Spitalul Municipal Calafat	0,9993	1475	4,71
195.	DJ13	SPITALUL ORASENESC "ASEZAMINTELE BRANCOVENESTI" DABULENI	1,1896	1475	6,04
196.	DJ18	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE LEAMNA	1,2714	1430	6,81
197.	DJ20	SPITALUL CLINIC DE NEUROPSIHIATRIE CRAIOVA	1,3472	1525	8,16
198.	DJ30	Centrul Medical Mogos Med	0,6785	1430	3,42
199.	DJ40	SC Eiffel Med SRL	1,0508	1430	3,42
200.	DJ55	SC Onioptic Medical PD SRL	0,6729	1430	3,42
201.	GJ01	Spitalul Judetean Targu Jiu	1,2452	1500	6,09
202.	GJ02	Spitalul Municipal Motru	0,9676	1475	5,71
203.	GJ03	Spitalul Orasenesc Targu Carbunesti	1,1914	1500	6,54
204.	GJ04	Spitalul Orasenesc Rovinari	1,0238	1475	5,47
205.	GJ05	Spitalul Orasenesc Novaci	0,9960	1475	5,21
206.	GJ06	Spitalul Orasenesc Bumbesti-Jiu	1,0786	1475	6,26
207.	GJ10	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE TUDOR VLADIMIRESCU	0,8227	1430	8,25

208.	GJ11	Spitalul Orasenesc Turceni	0,7778	1475	5,52
209.	GL01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Apostol Andrei" Galati	1,4191	1600	6,90
210.	GL02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Ioan" Galati	1,1769	1600	4,92
211.	GL03	SPITALUL DE PSHIATRIE "ELISABETA DOAMNA" GALATI	1,2919	1430	7,00
212.	GL04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie "Bunavestire" Galati	0,9458	1430	4,92
213.	GL05	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE GALATI	0,9745	1430	9,82
214.	GL06	Spitalul de Boli Infectioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galati	1,2225	1430	6,31
215.	GL07	Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci	0,9218	1475	4,58
216.	GL08	Spitalul Orasenesc Targu Bujor	0,8187	1475	4,78
217.	GR01	Spitalul Judetean Giurgiu	1,1307	1500	6,79
218.	GR05	Spitalul Orasenesc Bolintin-Vale	0,8414	1475	5,20
219.	HD01	Spitalul Judetean de Urgență Deva	1,2898	1600	7,19
220.	HD02	Spitalul Municipal "Dr. A. Simionescu" Hunedoara	1,4120	1500	6,12
221.	HD03	Spitalul Municipal de Urgenta Petrosani	1,3078	1500	7,02
222.	HD05	Spitalul Municipal Lupeni	1,1073	1475	7,33
223.	HD06	Spitalul Municipal Vulcan	1,1841	1475	4,88
224.	HD07	Spitalul Municipal Brad	1,0602	1475	6,36
225.	HD08	Spitalul Municipal Orastie	1,0507	1475	6,60
226.	HD09	Spitalul Orasenesc Hateg	0,9675	1475	5,74
227.	HD18	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA ZAM	1,2149	1430	7,02
228.	HR01	Spitalul Judetean Miercurea-Ciuc	1,2095	1500	5,63
229.	HR02	Spitalul Municipal Odorheiul Secuiesc	1,2244	1500	6,32
230.	HR03	Spitalul Municipal Gheorgheni	1,0554	1475	6,28
231.	HR04	Spitalul Municipal Toplita	1,1644	1475	6,04
232.	HR07	SPITALUL DE PSIHIATRIE TULGHES	1,4224	1430	12,98
233.	IF01	Spitalul De Obstetrica Ginecologie Buftea	1,0457	1430	3,64
234.	IF03	SPITALUL DE PSIHIATRIE EFTIMIE DIAMANDESCU BALACEANCA	1,4496	1430	12,95

235.	IF06	Spitalul Judetean "Sfintii Imparati Constantin si Elena" Ilfov	1,1207	1550	5,46
236.	IF10	SC Cardio - Rec SRL	0,6896	1430	3,42
237.	IL01	Spitalul Judetean de Urgenta Slobozia	1,0494	1500	5,15
238.	IL02	Spitalul Municipal Urziceni	0,9402	1475	5,13
239.	IL03	Spitalul Municipal Fetesti	1,0812	1475	5,66
240.	IL04	Spitalul Orasenesc Tandarei	0,9742	1475	5,90
241.	IS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Spiridon" Iasi	1,5009	1800	6,40
242.	IS02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Maria" Iasi	1,2645	1600	5,48
243.	IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. G.I.M. Georgescu" Iasi	2,2747	1800	6,84
244.	IS04	Spitalul Clinic "Dr. CI. Parhon" Iasi	1,6156	1726	6,16
245.	IS05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Cuza-Voda" Iasi	1,1066	1600	5,21
246.	IS06	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Elena Doamna" Iasi	0,9580	1525	4,86
247.	IS07	SPITALUL CLINIC PNEUMOTIZIOLOGIE IASI	1,7313	1600	8,39
248.	IS08	Institutul de Psihiatrie Socola Iasi	1,3931	1800	12,99
249.	IS09	Spitalul Clinic de Boli infectioase "Sf. Parascheva" Iasi	1,3146	1525	6,43
250.	IS11	Spitalul Clinic de Urgenta "Prof. Dr. N. Oblu" Iasi	2,0648	1600	7,20
251.	IS12	SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE IASI	1,2972	1525	8,14
252.	IS13	Spitalul Orasenesc Harlau	0,7763	1475	4,90
253.	IS14	Spitalul Municipal Pascani	1,0366	1475	6,49
254.	IS28	SPITAL PROVIDENTA	1,5041	1475	5,44
255.	IS30	ARCADIA HOSPITAL	1,2503	1475	3,42
256.	IS31	ARCADIA CARDIO	1,5850	1430	3,42
257.	IS32	Centrul de Oncologie Euroclinic SRL	1,1083	1380	3,42
258.	IS36	Institutul Regional de Oncologie Iasi	1,7833	1800	6,03
259.	IS43	Elytis Hospital Hope	1,1700	1380	3,42
260.	M01	SPITALUL MILITAR DE URGENTA 'REGINA MARIA' BRASOV	1,4736	1500	6,54
261.	M02	SPITALUL MILITAR DE URGENTA "DR.STEFAN ODOBLEJA" CRAIOVA	1,1884	1500	6,28

262.	M03	SPITALUL MILITAR DE URGENTA CLUJ-NAPOCA	1,3101	1500	6,16
263.	M04	SPITALUL MILITAR DE URGENTA GALATI	1,2211	1475	5,98
264.	M05	SPITALUL MILITAR DE URGENTA DR. VICTOR POPESCU TIMISOARA	1,1969	1550	6,03
265.	M06	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "AVRAM IANCU" ORADEA	1,2891	1550	5,73
266.	M07	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA MILITAR CENTRAL „Dr. Carol Davila”	2,0135	1850	5,57
267.	M08	SPITALUL MILITAR DE URGENTA IASI	1,3422	1550	5,00
268.	M09	Spitalul Militar de Urgenta "Dr. Alexandru Augustin" Sibiu	1,1472	1500	5,37
269.	M10	SPITALUL MILITAR DE URGENTA DR. ION JIANU PITESTI	1,3735	1500	5,49
270.	M11	SPITALUL MILITAR DE URGENTA "Dr. ALEXANDRU GAFENCU" CONSTANTA	1,4502	1475	5,60
271.	M12	SPITALUL MILITAR DE URGENTA „Dr. Alexandru Ionescu” FOCSANI	1,2135	1500	6,15
272.	M14	SPITALUL DE URGENTA "PROF.DR. DIMITRIE GEROTA"	1,2263	1550	7,01
273.	M15	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "PROF.DR. AGRIPPA IONESCU"	1,2877	1550	5,82
274.	M16	SPITALUL "PROF.DR. CONSTANTIN ANGELESCU"	1,2443	1500	5,72
275.	MH01	Spitalul Judetean Drobeta-Turnu Severin	1,2405	1500	6,71
276.	MH02	Spitalul Municipal Orsova	1,0022	1475	4,95
277.	MH05	Spitalul Orasenesc Baia de Arama	0,9490	1475	5,90
278.	MM01	Spitalul Judetean de Urgenta "Dr. Constantin Opris" Baia Mare	1,4436	1600	6,20
279.	MM02	Spitalul de Boli Infectioase si Psihiatrie Baia Mare	1,8513	1430	7,48
280.	MM03	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE "Dr. Nicolae Rusdea" BAIA MARE	1,3685	1430	7,70
281.	MM04	Spitalul Municipal Sighetu Marmatiei	1,0459	1475	9,03
282.	MM06	SPITALUL DE PSIHIATRIE CAVNIC	1,3221	1430	10,10
283.	MM07	Spitalul de Recuperare Borsa	0,8432	1475	6,96
284.	MM08	Spitalul Orasenesc Targu Lapus	0,8753	1475	6,33
285.	MM09	Spitalul Orasenesc Viseu de Sus	1,0010	1475	7,00
286.	MM11	SC CHE COSMEDICA SRL	5,0383	1430	5,17
287.	MM12	SC EUROMEDICA HOSPITAL S. A.	1,0915	1475	4,33
288.	MM15	SC Clinica Somesan SRL	0,5227	1430	3,94

289.	MS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Targu Mures	1,8278	1850	6,85
290.	MS02	SPITALUL CLINIC JUDETEAN MURES	1,3203	1550	6,98
291.	MS04	Spitalul Municipal Sighisoara	1,0709	1475	6,28
292.	MS05	Spitalul Orasenesc "Dr. Vaier Russu" Ludus	1,0266	1475	5,97
293.	MS06	Spitalul Municipal "Dr. E. Nicoara" Reghin	0,9943	1475	6,18
294.	MS07	Spitalul Municipal "Dr. Gh. Marinescu" Tarnaveni	1,1380	1475	8,43
295.	MS11	Spitalul Orăşenesc Sângeorgiu de Pădure	1,0411	1475	7,00
296.	MS15	CENTRUL MEDICAL "GALENUS" - SC ADRIA MED SRL	1,2898	1475	3,42
297.	MS16	S.C. CENTRUL MEDICAL TOPMED S.R.L.	1,6459	1475	3,42
298.	MS18	SC Cardio Med SRL	2,1943	1430	3,42
299.	MS19	SC Nova Vita Hospital SA	1,2261	1475	3,42
300.	MS20	S.C. COSMEX S.R.L.- CENTRUL MEDICAL PULS	2,0601	1430	3,42
301.	MS21	SPITALUL SOVATA-NIRAJ	1,0123	1430	6,37
302.	MS24	Institutul de Boli Cardiovasculare si Transplant Targu Mures	2,5295	1800	6,88
303.	NT01	Spitalul Judetean de Urgenta Piatra-Neamt	1,2798	1500	6,31
304.	NT02	Spitalul Municipal de Urgenta Roman	1,1604	1500	6,81
305.	NT03	Spitalul Orasenesc Bicz	0,7477	1475	5,81
306.	NT04	Spitalul Orasenesc Targu-Neamt	1,0430	1475	6,69
307.	NT07	Spitalul de Pneumoftiziologie Bisericani	0,9369	1430	9,82
308.	OT01	Spitalul Judetean Slatina	1,2465	1500	6,18
309.	OT02	Spitalul Orasenesc Bals	1,2308	1475	6,15
310.	OT03	Spitalul Municipal Caracal	1,1451	1475	5,92
311.	OT04	Spitalul Orasenesc Corabia	1,0579	1475	5,00
312.	PH01	Spitalul Judetean de Urgenta Ploiesti	1,2305	1600	6,86
313.	PH04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Ploiesti	0,8320	1430	5,28
314.	PH05	Spitalul de Ortopedie si Traumatologie Azuga	1,0717	1430	6,61
315.	PH06	Spitalul Orasenesc Baicoi	0,9560	1475	6,79

316.	PH07	Spitalul Municipal Campina	1,0522	1475	5,43
317.	PH08	Spitalul Orasenesc Sinaia	1,0890	1475	5,20
318.	PH09	Spitalul Orasenesc Mizil	0,9000	1475	6,55
319.	PH101	Spitalul Orasenesc Urlati	0,7001	1475	5,08
320.	PH102	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE DRAJNA	0,8276	1430	6,77
321.	PH105	Dentirad Hospital SRL	0,8903	1430	4,59
322.	PH106	SC SPITAL LOTUS SRL	0,4078	1430	3,42
323.	PH111	Spital AS Medica SRL	0,9247	1430	3,48
324.	PH12	Spitalul Orasenesc Valenii de Munte	1,0035	1475	6,00
325.	PH13	SPITALUL DE PSIHIATRIE VOILA	1,5033	1430	11,93
326.	PH14	SPITALUL DE BOLI PULMONARE BREAZA	0,9886	1430	8,49
327.	PH96	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE FLORESTI	0,7619	1430	7,59
328.	PH98	Spitalul Municipal Ploiesti	1,0834	1475	6,69
329.	PH99	Spitalul de Pediatrie Ploiesti	1,0552	1600	4,56
330.	SB01	Spitalul Clinic Judetean Sibiu	1,4404	1600	6,33
331.	SB02	SPITALUL DE PSIHIATRIE "DR.GH.PREDA" SIBIU	1,2567	1525	9,20
332.	SB03	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE SIBIU	1,3975	1525	9,25
333.	SB04	Spitalul Municipal Medias	1,0243	1475	5,89
334.	SB05	Spitalul Orasenesc Agnita	0,8592	1475	6,73
335.	SB06	Spitalul Orasenesc Cismadiei	1,1911	1475	5,20
336.	SB08	Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu	1,4018	1600	5,35
337.	SB11	SC CLINICA POLISANO SRL	1,3211	1500	3,46
338.	SJ01	Spitalul Judetean Zalau	1,3320	1500	5,98
339.	SJ02	Spitalul Orasenesc "PROF. DR. IOAN PUSCAS" Simleu Silvaniei	1,1252	1475	6,58
340.	SJ03	Spitalul Orasenesc Jibou	0,9658	1430	6,86
341.	SJ10	S. C. SALVOSAN CIOBANCA I.S.R.L.	1,1415	1430	6,52
342.	SM01	Spitalul Judetean Satu Mare	1,1838	1500	6,34

343.	SM03	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE SATU MARE	1,1177	1430	9,41
344.	SM04	Spitalul Municipal Carei	1,2064	1475	7,05
345.	SM05	Spitalul Orasenesc Negresti-Oas	0,9392	1475	6,86
346.	SM08	SC Manitou Med SRL Clinica Gynoprax	0,7916	1430	3,42
347.	SV01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Ioan Cel Nou" Suceava	1,3537	1600	6,21
348.	SV02	Spitalul Municipal Campulung Moldovenesc	1,0491	1475	6,53
349.	SV03	Spitalul Municipal Falticeni	1,1217	1475	6,07
350.	SV04	Spitalul Orasenesc Gura Humorului	1,0001	1475	5,28
351.	SV05	Spitalul Municipal Radauti	1,2361	1475	6,54
352.	SV06	Spitalul Orasenesc Siret	0,6258	1430	6,22
353.	SV07	Spitalul Municipal Vatra Dornei	0,8964	1475	6,70
354.	SV08	SPITALUL DE PSIHIATRIE CRONICI SIRET	1,4045	1430	8,30
355.	SV12	SPITALUL DE PSIHIATRIE CAMPULUNG MOLDOVENESC	1,4887	1430	8,46
356.	SV17	SPITALUL BETHESDA SUCEAVA	0,9078	1430	3,42
357.	T01	SPITALUL CLINIC CF 2 BUCURESTI	1,0443	1500	5,61
358.	T02	SPITALUL CLINIC CF NR. 1 „WITING”	0,9610	1475	6,20
359.	T03	SPITALUL CLINIC CF CONSTANTA	1,0529	1475	6,58
360.	T04	SPITAL CLINIC CF CRAIOVA	1,2214	1475	5,63
361.	T05	Spital Clinic Universitar CF Cluj Napoca	1,0626	1550	6,35
362.	T06	SPITALUL UNIVERSITAR C.F. IASI	1,1468	1475	6,60
363.	T07	SPITALUL CLINIC CF TIMISOARA	1,0600	1475	5,83
364.	T08	Spitalul Clinic CF Oradea	1,0861	1475	5,79
365.	T09	SPITALUL GENERAL CF BRASOV	1,1476	1475	5,85
366.	T10	SPITALUL CF GALATI	1,0431	1475	7,20
367.	T11	SPITALUL CF PLOIESTI	1,3051	1475	6,90
368.	T12	SPITAL GENERAL CF SIBIU	1,4190	1475	3,73
369.	T13	SPITALUL GENERAL CF DROBETA TURNU SEVERIN	1,0204	1475	6,08

370.	T14	SPITALUL GENERAL CF PASCANI	1,2421	1475	6,58
371.	T15	SPITALUL GENERAL CF SIMERIA	1,2294	1475	6,22
372.	T17	Spital CF Galati – Sectia Exterioara cu Paturi CF Buzau	0,9728	1475	7,49
373.	TL01	Spitalul Judetean de Urgenta Tulcea	1,1500	1500	6,00
374.	TL03	Spitalul Orasenesc Macin	1,1199	1475	5,96
375.	TM01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Pius Brinzeu" Timisoara	1,4780	1850	6,70
376.	TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgenta Timisoara	1,2562	1600	5,55
377.	TM03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "L. Turcanu" Timisoara	1,2774	1600	5,42
378.	TM04	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Dr. V. Babes"	1,4535	1525	8,19
379.	TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timisoara	2,1805	1800	5,57
380.	TM07	Spitalul Municipal Lugoj	1,1499	1475	7,09
381.	TM09	Spitalul Orasenesc Deta	1,0820	1475	4,48
382.	TM10	Spitalul "Dr. Karl Diel" Jimbolia	0,9806	1475	5,24
383.	TM11	Spitalul Orasenesc Sanicolau Mare	0,9038	1475	3,91
384.	TM12	Spitalul Orasenesc Faget	0,9555	1475	6,12
385.	TM15	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA GATAIA	1,3242	1430	12,36
386.	TM16	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA JEBEL	0,9739	1475	18,75
387.	TM17	CENTRUL CLINIC DE EVALUARE SI RECUPERARE PENTRU COPII SI ADOLESCENTI CRISTIAN SERBAN BUZIAS	1,0692	1525	8,75
388.	TM22	CENTRUL DE ONCOLOGIE ONCOHELP	1,0068	1525	3,43
389.	TM26	Centrul Medical Sfanta Maria	1,0965	1430	3,42
390.	TM27	MATERNA CARE	0,9513	1430	3,57
391.	TM32	CORDIS MED SRL	1,2869	1430	3,42
392.	TR01	Spitalul Judetean Alexandria	1,2067	1500	5,12
393.	TR02	Spitalul Municipal Turnu Magurele	0,7650	1475	4,37
394.	TR03	Spitalul Municipal "Caritas" Rosiori de Vede	0,9203	1475	5,36
395.	TR04	Spitalul Orasenesc Zimnicea	0,7384	1475	5,74

396.	TR05	SPITALUL PNEUMOTIZIOLOGIE ROSIORII DE VEDE	1,1261	1430	7,44
397.	TR08	SPITALUL PSIHIATRIE POROSCHIA	1,4659	1430	8,41
398.	TR12	SPITALUL ORASENESC VIDELE	0,7980	1475	5,86
399.	VL01	Spitalul Judetean de Urgenta Ramnicu Valcea	1,2095	1500	6,55
400.	VL03	Spitalul Municipal "Costache Nicolescu" Dragasani	0,7584	1475	6,63
401.	VL04	Spitalul Orasenesc Horezu	0,9448	1475	6,29
402.	VL05	Spitalul Orasenesc Brezoi	1,0062	1475	5,49
403.	VL06	SPITALUL DE PNEUMOTIZIOLOGIE "C.ANASTASATU" MIHAESTI	1,0809	1430	6,57
404.	VL11	SC INCARMED SRL RAMNICU VALCEA	1,1837	1430	4,39
405.	VL15	SC RAPITEST CLINICA SRL	0,9916	1430	3,42
406.	VN01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focsani	1,2043	1500	5,40
407.	VN02	Spitalul Municipal Adjud	1,1298	1475	5,34
408.	VN04	Spitalul Orasenesc Panciu	0,9710	1475	5,03
409.	VN07	SPITALUL COMUNAL VIDRA	0,8924	1475	5,00
410.	VN09	Spital MATERNA SRL	1,4716	1430	3,42
411.	VS01	Spitalul Judetean de Urgenta Vaslui	1,2375	1500	6,72
412.	VS02	Spitalul Municipal de Urgenta "Elena Beldiman" Barlad	1,1339	1500	6,48
413.	VS04	Spitalul Municipal Husi	1,0538	1475	6,02
414.	VS07	SPITALUL DE PSIHIATRIE MURGENI	0,7260	1430	7,94

*) ICM pentru anul 2017 este egal cu ICM realizat în anul 2016 propriu spitalului.

**) TCP pentru anul 2017 este egal cu TCP pentru anul 2016.

1. Pentru spitalele nou finanțate pe baza sistemului DRG, TCP pentru anul 2017 este stabilit în funcție de categoria de clasificare a spitalului.
2. TCP - ul pentru anul 2017 se poate majora cu până la 40% pentru poziția 30 (B_02) și cu până la 15% pentru poziția 29 (B_01), poziția 31 (B_03) și poziția 57 (B_18), având în vedere strategia de finanțare a Ministerului Sănătății și este egal cu TCP-ul pentru anul 2016.

***) Durata medie de spitalizare a fiecărui spital pentru anul 2017 este durata medie de spitalizare realizată de spital în anul 2016. Pentru spitalele cu o durată medie de spitalizare realizată în anul 2016 mai mică decât media celor mai mici 5 durate de spitalizare pe secții realizate în anul 2016 prevăzute în anexa 25 la prezentul ordin, durata medie de spitalizare în anul 2017 este de 3,42.

LISTA CATEGORIILOR MAJORE DE DIAGNOSTIC

Cod CMD	Categoria majoră de diagnostic	Denumire categorie majora de diagnostic
0		Pre-CMD
1	CMD 01	Boli si tulburari ale sistemului nervos
2	CMD 02	Boli si tulburari ale ochiului
3	CMD 03	Boli si tulburari ale urechii, nasului, gurii si gatului
4	CMD 04	Boli si tulburari ale sistemului respirator
5	CMD 05	Boli si tulburari ale sistemului circulator
6	CMD 06	Boli si tulburari ale sistemului digestiv
7	CMD 07	Boli si tulburari ale sistemului hepatobiliar si ale pancreasului
8	CMD 08	Boli si tulburari ale sistemului musculo-scheletal si tesutului conjunctiv
9	CMD 09	Boli si tulburari ale pielii, tesutului subcutanat si sanului
10	CMD 10	Boli si tulburari endocrine, nutritionale si metabolice
11	CMD 11	Boli si tulburari ale rinichiului si tractului urinar
12	CMD 12	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv masculin
13	CMD 13	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv feminin
14	CMD 14	Sarcina, nastere si lauzie
15	CMD 15	Nou-nascuti si alti neonatali
16	CMD 16	Boli si tulburari ale sangelui si organelor hematopoietice si tulburari imunologice
17	CMD 17	Tulburari neoplazice (hematologice si neoplasme solide)
18	CMD 18	Boli infectioase si parazitare
19	CMD 19	Boli si tulburari mentale
20	CMD 20	Consum de alcool/droguri si tulburari mentale organice induse de alcool/droguri
21	CMD 21	Accidente, otraviri si efecte toxice ale medicamentelor
22	CMD 22	Arsuri
23	CMD 23	Factori care influenteaza starea de sanatate si alte contacte cu serviciile de sanatate
24		DRG abatere

Anexa 23 B II

Nr. crt.	CMD	Categ	CodDRG	DenDRG	VR	DMS	Mediana DS în secțiile ATI național
1	0	A	A2010	Oxygenoterapie extracorporala fara chirurgie cardiaca	28,5797	16,48	-
2	0	A	A2021	Intubatie varsta<16 cu CC	4,1332	9,55	1
3	0	A	A2022	Intubatie varsta<16 fara CC	1,6508	4,78	0
4	0	C	A1010	Transplant de ficat	0,0000		0
5	0	C	A1020	Transplant de plaman/inima sau plaman	0,0000		0
6	0	C	A1030	Transplant de inima	0,0000		0
7	0	C	A1040	Traheostomie sau ventilatie >95 ore	14,2331	17,93	7
8	0	C	A1050	Transplant alogenic de maduva osoasa	0,0000		0
9	0	C	A1061	Transplant autolog de maduva osoasa cu CC catastrofale	0,0000		0
10	0	C	A1062	Transplant autolog de maduva osoasa fara CC catastrofale	0,0000		0
11	0	C	A1071	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale	0,0000		0
12	0	C	A1072	Transplant renal fara transplant de pancreas fara CC catastrofale	0,0000		0
13	1	A	B2010	Plasmafereza cu boli neurologice	0,8002	13,50	-
14	1	A	B2020	Monitorizare telemetrica EEG	0,8317	8,71	-
15	1	C	B1010	Revizia shuntului ventricular	1,7579	10,89	1
16	1	C	B1021	Craniotomie cu CC catastrofale	5,8344	12,03	1
17	1	C	B1022	Craniotomie cu CC severe sau moderate	3,4275	10,92	1
18	1	C	B1023	Craniotomie fara CC	2,5833	9,81	1
19	1	C	B1031	Proceduri la nivelul colonei vertebrale cu CC catastrofale sau severe	4,2466	9,04	0
20	1	C	B1032	Proceduri la nivelul colonei vertebrale fara CC catastrofale sau severe	2,0414	6,32	0
21	1	C	B1041	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofale sau severe	2,2682	9,12	1
22	1	C	B1042	Proceduri vasculare extracraniene fara CC catastrofale sau severe	1,4176	5,37	1
23	1	C	B1050	Eliberarea tunelului carpian	0,3276	2,77	0
24	1	C	B1061	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie cu CC catastrofale sau severe	4,3915	7,35	1
25	1	C	B1062	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie fara CC catastrofale sau severe	0,7561	3,68	0
26	1	C	B1071	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2,0099	5,92	1

27	1	C	B1072	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos fara CC	0,7120	4,81	0
28	1	M	B3011	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale	5,0342	9,85	2
29	1	M	B3012	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale	1,5122	7,93	1
30	1	M	B3021	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4,8704	7,64	2
31	1	M	B3022	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	1,2601	7,40	0
32	1	M	B3030	Internare pentru afereza	0,1827		0
33	1	M	B3040	Dementa si alte tulburari cronice ale functiei cerebrale	1,7957	9,32	2
34	1	M	B3051	Delir cu CC catastrofale	1,7579	9,53	-
35	1	M	B3052	Delir fara CC catastrofale	0,8884	9,88	1
36	1	M	B3060	Paralizie cerebrala	0,3339	6,40	-
37	1	M	B3071	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1,6445	7,01	1
38	1	M	B3072	Tumori ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0,7624	4,99	1
39	1	M	B3081	Tulburari degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	2,1233	8,50	2
40	1	M	B3082	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	0,8821	6,84	-
41	1	M	B3083	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0,4032	5,68	-
42	1	M	B3091	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa cu CC	1,8776	5,94	-
43	1	M	B3092	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa fara CC	0,3591	5,01	-
44	1	M	B3101	AIT si ocluzie precerebrala cu CC catastrofale sau severe	0,9766	6,38	4
45	1	M	B3102	AIT si ocluzie precerebrala fara CC catastrofale sau severe	0,4284	5,67	-
46	1	M	B3111	Accident vascular cerebral cu CC catastrofale	2,9991	11,43	4
47	1	M	B3112	Accident vascular cerebral cu CC severe	1,6319	8,61	3
48	1	M	B3113	Accident vascular cerebral fara CC catastrofale sau severe	1,0585	7,13	3
49	1	M	B3114	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0,3969	1,97	1
50	1	M	B3121	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici cu CC	1,2223	6,31	2
51	1	M	B3122	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici fara CC	0,2520	5,58	-

52	1	M	B3131	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale cu CC catastrofale sau severe	2,7786	10,35	3,5
53	1	M	B3132	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale fara CC catastrofale sau severe	1,1467	7,03	2
54	1	M	B3140	Menigita virala	0,6175	8,19	-
55	1	M	B3150	Stupoare si coma non-traumatica	0,5482	4,32	1
56	1	M	B3160	Convulsii febrile	0,2835	3,74	1
57	1	M	B3171	Atacuri cu CC catastrofale sau severe	1,1089	5,58	1
58	1	M	B3172	Atacuri fara CC catastrofale sau severe	0,3717	4,64	1
59	1	M	B3180	Cefalee	0,2709	4,13	-
60	1	M	B3191	Leziune intracraniana cu CC catastrofale sau severe	1,9973	6,66	2
61	1	M	B3192	Leziune intracraniana fara CC catastrofale sau severe	0,8191	4,27	1
62	1	M	B3200	Fracturi craniene	0,6616	4,80	1,5
63	1	M	B3210	Alta leziune a capului	0,2394	4,49	1
64	1	M	B3221	Alte tulburari ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1,5059	6,16	2
65	1	M	B3222	Alte tulburari ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0,5545	8,67	1
66	2	C	C1010	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1,2853	5,34	1
67	2	C	C1020	Enucleeri si proceduri ale orbitei	1,1278	3,45	0
68	2	C	C1030	Proceduri la nivelul retinei	0,6616	2,46	1
69	2	C	C1040	Proceduri majore asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0,8884	6,06	-
70	2	C	C1050	Dacriocistorinostomie	0,6112	3,20	0
71	2	C	C1060	Proceduri pentru strabism	0,4284	2,05	0
72	2	C	C1070	Proceduri ale pleoapei	0,4599	3,51	1
73	2	C	C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0,4158	3,43	-
74	2	C	C1090	Proceduri privind caile lacrimare	0,2835	4,41	-
75	2	C	C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului	0,3150	2,67	1
76	2	C	C1111	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei	0,8191	3,21	1
77	2	C	C1112	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei, de zi	0,4284	0,00	-
78	2	C	C1121	Proceduri asupra cristalinului	0,6049	2,51	1
79	2	C	C1122	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0,4095		-
80	2	M	C3011	Infectii oculare acute si majore varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,1404	5,46	-
81	2	M	C3012	Infectii oculare acute si majore varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0,7057	4,48	-
82	2	M	C3020	Tulburari neurologice si vasculare ale ochiului	0,4347	4,84	-
83	2	M	C3030	Hifema si traume oculare tratate medical	0,2898	4,29	-
84	2	M	C3041	Alte tulburari ale ochiului cu CC	0,7498	3,96	-
85	2	M	C3042	Alte tulburari ale ochiului fara CC	0,2961	4,12	1

86	3	A	D2010	Extractii dentare si restaurare	0,3402	3,05	1
87	3	A	D2020	Proceduri endoscopice de zi, pentru afectiuni ORL	0,2016	0,00	-
88	3	C	D1010	Implant cohlear	4,6436	9,35	1
89	3	C	D1021	Proceduri ale capului si gatului cu CC catastrofale sau severe	4,2655	5,91	1
90	3	C	D1022	Proceduri ale capului si gatului cu stare maligna sau CC moderate	1,8335	7,98	1
91	3	C	D1023	Proceduri ale capului si gatului fara stare maligna fara CC	1,1152	5,49	1
92	3	C	D1030	Cura chirurgicala a cheiloschisisului sau diagnostic privind palatul	1,1026	7,30	1
93	3	C	D1041	Chirurgie maxialo-faciala cu CC	1,6193	4,86	1
94	3	C	D1042	Chirurgie maxialo-faciala fara CC	0,9325	4,61	1
95	3	C	D1050	Proceduri la nivelul glandei parotide	1,4239	7,57	1
96	3	C	D1060	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei si urechii medii	0,8947	6,42	1
97	3	C	D1070	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0,5671	4,62	0
98	3	C	D1080	Proceduri nasale	0,5293	4,26	0
99	3	C	D1090	Amigdalectomie si/sau adenoidectomie	0,4284	2,93	0
100	3	C	D1100	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0,6427	4,23	1
101	3	C	D1110	Miringotomie cu insertie de tub	0,2457	2,77	-
102	3	C	D1120	Proceduri asupra gurii si glandei salivare	0,4978	3,62	1
103	3	M	D3011	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului cu CC catastrofale sau severe	1,8146	7,00	1
104	3	M	D3012	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului fara CC catastrofale sau severe	0,5608	5,09	0
105	3	M	D3020	Dezechilibru	0,3213	5,49	1,5
106	3	M	D3030	Epistaxis	0,2961	4,51	1
107	3	M	D3041	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare cu CC	0,5293	4,47	1
108	3	M	D3042	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare fara CC	0,3024	4,60	1
109	3	M	D3050	Laringotraheita si epiglotita	0,2394	4,54	-
110	3	M	D3060	Traumatism si diformitate nazale	0,2583	3,66	0
111	3	M	D3071	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul cu CC	0,6490	4,70	1
112	3	M	D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul fara CC	0,2457	5,11	0
113	3	M	D3081	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor	0,5293	3,76	0
114	3	M	D3082	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor de zi	0,1449	0,00	-
115	4	A	E2010	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3,6985	8,53	3

116	4	A	E2020	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilatie neinvaziva	2,6337	8,60	2
117	4	A	E2030	Proceduri endoscopice ale aparatului respirator, de zi	0,2016	0,00	-
118	4	C	E1011	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofale	4,1017	12,57	1
119	4	C	E1012	Proceduri majore la nivelul toracelui fara CC catastrofale	2,1989	7,44	1
120	4	C	E1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC catastrofale	3,6859	6,61	1
121	4	C	E1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC severe	1,5311	2,20	0
122	4	C	E1023	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator fara CC catastrofale sau severe	0,6112	3,92	1
123	4	M	E3011	Fibroza cistica cu CC catastrofale sau severe	2,6652	8,20	2
124	4	M	E3012	Fibroza cistica fara CC catastrofale sau severe	2,0036	4,75	-
125	4	M	E3021	Embolism pulmonar cu CC catastrofale sau severe	1,5374	8,98	2
126	4	M	E3022	Embolism pulmonar fara CC catastrofale sau severe	0,7876	8,03	-
127	4	M	E3031	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC catastrofale	1,6697	7,58	2
128	4	M	E3032	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC severe sau moderate	0,9703	6,65	1
129	4	M	E3033	Infectii respiratorii/inflamatii fara CC	0,5608	6,15	1
130	4	M	E3040	Apnee de somn	0,2835	3,25	-
131	4	M	E3050	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	0,8758	6,20	1
132	4	M	E3061	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1,1467	7,92	2
133	4	M	E3062	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0,6805	7,25	2
134	4	M	E3071	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 cu CC	1,4302	5,90	2
135	4	M	E3072	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 sau cu CC	0,7435	5,27	2
136	4	M	E3073	Traumatism major la nivelul toracelui varsta <70 fara CC	0,4032	4,19	-
137	4	M	E3081	Semne si simptome respiratorii cu CC catastrofale sau severe	0,6679	5,83	-
138	4	M	E3082	Semne si simptome respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0,3087	4,49	-
139	4	M	E3090	Pneumotorax	0,7309	7,04	1
140	4	M	E3101	Bronsita si astm varsta >49 cu CC	0,7624	7,15	2
141	4	M	E3102	Bronsita si astm varsta >49 sau cu CC	0,5041	5,15	1
142	4	M	E3103	Bronsita si astm varsta <50 fara CC	0,3339	4,81	-
143	4	M	E3111	Tuse convulsiva si broniolita acuta cu CC	1,0396	5,36	2
144	4	M	E3112	Tuse convulsiva si broniolita acuta fara	0,5608	4,56	-

				CC			
145	4	M	E3121	Tumori respiratorii cu CC catastrofale	1,6508	6,40	1
146	4	M	E3122	Tumori respiratorii cu CC severe sau moderate	0,8758	5,69	1
147	4	M	E3123	Tumori respiratorii fara CC	0,4725	4,32	0
148	4	M	E3130	Probleme respiratorii aparute in perioada neonatala	0,9829	4,91	-
149	4	M	E3141	Revarsat pleural cu CC catastrofale	1,6634	8,88	2
150	4	M	E3142	Revarsat pleural cu CC severe	1,0396	8,14	2
151	4	M	E3143	Revarsat pleural fara CC catastrofale sau severe	0,6049	7,65	-
152	4	M	E3151	Boala interstitiala pulmonara cu CC catastrofale	1,6760	6,86	2
153	4	M	E3152	Boala interstitiala pulmonara cu CC severe	1,1530	5,70	1
154	4	M	E3153	Boala interstitiala pulmonara fara CC catastrofale sau severe	0,6616	5,19	1
155	4	M	E3161	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 cu CC	0,9388	6,20	1
156	4	M	E3162	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 sau cu CC	0,6364	5,24	1
157	4	M	E3163	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta <65 fara CC	0,3843	4,13	1
158	5	A	F2010	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3,4401	7,96	3
159	5	A	F2021	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1,7327	5,25	1
160	5	A	F2022	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	1,0648	4,86	-
161	5	A	F2031	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu diagnostic principal complex	1,0396	4,11	1
162	5	A	F2032	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara diagnostic principal complex	0,5608	2,64	-
163	5	C	F1011	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofale sau severe	7,3276	9,24	1
164	5	C	F1012	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fara CC catastrofale sau severe	6,3195	9,42	-
165	5	C	F1020	Implant/Inlocuire componenta AICD	6,3447	5,82	-
166	5	C	F1030	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB cu investigatie cardiaca invaziva	8,8524	20,82	4
167	5	C	F1041	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale	6,1557	16,49	2
168	5	C	F1042	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale	4,3663	13,35	2

169	5	C	F1051	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale	6,5779	20,20	3
170	5	C	F1052	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale	4,9397	17,47	6
171	5	C	F1061	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale sau severe	4,0513	14,89	2
172	5	C	F1062	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale sau severe	3,0999	12,85	2
173	5	C	F1071	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB cu CC catastrofale	7,5230	17,66	3
174	5	C	F1072	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB fara CC catastrofale	4,5365	18,96	2
175	5	C	F1081	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB cu CC catastrofale	5,2232	10,42	1
176	5	C	F1082	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB fara CC catastrofale	2,5266	10,10	1
177	5	C	F1091	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB cu CC catastrofale	4,1143	8,27	2
178	5	C	F1092	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB fara CC catastrofale	2,6715	8,36	2
179	5	C	F1100	Interventie coronara percutanata cu IMA	1,8461	6,11	2
180	5	C	F1111	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior cu CC catastrofale	5,9037	15,72	1
181	5	C	F1112	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior fara CC catastrofale	2,9487	14,74	1
182	5	C	F1120	Implantare pacemaker cardiac	1,9343	6,37	1
183	5	C	F1130	Amputatie a membrului superior si a degetului pentru tulburari ale sistemului circulator	2,3375	12,52	1
184	5	C	F1141	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC catastrofale	3,1881	5,91	1
185	5	C	F1142	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC severe	1,3420	5,08	1
186	5	C	F1143	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB fara CC catastrofale sau severe	0,9388	4,48	0
187	5	C	F1150	Interventie coronara percutanata fara IMA cu implantare de stent	1,2853	4,25	0
188	5	C	F1160	Interventie coronara percutanata fara IMA fara implantare de stent	1,2538	4,43	-
189	5	C	F1170	Inlocuire de pacemaker cardiac	1,2538	4,83	1
190	5	C	F1180	Revizie de pacemaker cardiac exceptand inlocuirea dispozitivului	1,2160	7,27	-
191	5	C	F1190	Alta interventie percutanata cardiaca transvasculara	1,5689	7,08	-
192	5	C	F1200	Ligatura venelor si stripping	0,6616	4,95	1

193	5	C	F1211	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator cu CC catastrofale	3,2385	8,29	1
194	5	C	F1212	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator fara CC catastrofale	1,2601	7,36	1
195	5	M	F3011	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1,3609	7,30	2
196	5	M	F3012	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	0,6553	4,69	1
197	5	M	F3013	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva, decedat	0,7561	3,05	0
198	5	M	F3020	Endocardita infectioasa	2,7471	17,15	1
199	5	M	F3031	Insuficienta cardiaca si soc cu CC catastrofale	1,6886	6,82	1
200	5	M	F3032	Insuficienta cardiaca si soc fara CC catastrofale	0,7561	6,56	1
201	5	M	F3041	Tromboza venoasa cu CC catastrofale sau severe	1,2538	7,72	2
202	5	M	F3042	Tromboza venoasa fara CC catastrofale sau severe	0,5734	6,96	-
203	5	M	F3050	Ulceratie a pielii pentru tulburari circulatorii	1,5689	7,66	1
204	5	M	F3061	Tulburari vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1,2853	6,51	1
205	5	M	F3062	Tulburari vasculare periferice fara CC catastrofale sau severe	0,4284	6,37	1
206	5	M	F3071	Ateroscleroza coronariana cu CC	0,5482	5,79	1
207	5	M	F3072	Ateroscleroza coronariana fara CC	0,2646	5,12	-
208	5	M	F3081	Hipertensiune cu CC	0,7246	5,69	2
209	5	M	F3082	Hipertensiune fara CC	0,3528	5,31	2
210	5	M	F3090	Boala congenitala de inima	0,3780	4,60	2
211	5	M	F3101	Tulburari valvulare cu CC catastrofale sau severe	1,2034	6,23	2
212	5	M	F3102	Tulburari valvulare fara CC catastrofale sau severe	0,2520	4,57	-
213	5	M	F3111	Aritmie majora si stop cardiac cu CC catastrofale sau severe	0,9829	5,46	1
214	5	M	F3112	Aritmie majora si stop cardiac fara CC catastrofale sau severe	0,4473	5,09	1
215	5	M	F3121	Aritmie non-majora si tulburari de conducere cu CC catastrofale sau severe	0,9514	6,19	2
216	5	M	F3122	Aritmie non-majora si tulburari de conducere fara CC catastrofale sau severe	0,3654	4,51	2
217	5	M	F3131	Angina instabila cu CC catastrofale sau severe	0,8317	5,92	1
218	5	M	F3132	Angina instabila fara CC catastrofale sau severe	0,4221	5,02	-
219	5	M	F3141	Sincopa si colaps cu CC catastrofale sau severe	0,7876	5,30	1

220	5	M	F3142	Sincopa si colaps fara CC catastrofale sau severe	0,2961	3,69	-
221	5	M	F3150	Durere toracica	0,2646	3,36	-
222	5	M	F3161	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2,0414	7,12	1
223	5	M	F3162	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC severe	0,9892	6,78	1
224	5	M	F3163	Alte diagnostice ale sistemului circulator fara CC catastrofale sau severe	0,5230	4,91	1
225	6	A	G2011	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0,9577	6,15	2
226	6	A	G2012	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0,1764	0,00	-
227	6	A	G2020	Colonoscopie complexa	0,4032	5,42	-
228	6	A	G2031	Alte colonoscopii cu CC catastrofale sau severe	1,5437	4,70	0
229	6	A	G2032	Alte colonoscopii fara CC catastrofale sau severe	0,6364	3,79	0
230	6	A	G2033	Alte colonoscopii, de zi	0,2079	0,00	-
231	6	A	G2041	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0,7687	4,61	0
232	6	A	G2042	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0,1701	0,00	-
233	6	A	G2051	Gastroscopie complexa cu CC catastrofale sau severe	1,8335	5,58	1
234	6	A	G2052	Gastroscopie complexa fara CC catastrofale sau severe	0,8380	4,26	0
235	6	A	G2053	Gastroscopie complexa, de zi	0,2394	0,00	-
236	6	C	G1011	Rezectie rectala cu CC catastrofale	4,6940	16,21	2
237	6	C	G1012	Rezectie rectala fara CC catastrofale	2,6841	14,30	2
238	6	C	G1021	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros cu CC catastrofale	4,4356	13,55	2
239	6	C	G1022	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros fara CC catastrofale	2,1359	10,35	1
240	6	C	G1031	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului cu stare maligna	5,0909	13,87	2
241	6	C	G1032	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna cu CC catastrofale sau severe	3,8182	8,49	1
242	6	C	G1033	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna fara CC catastrofale sau severe	1,3672	5,25	1
243	6	C	G1041	Aderente peritoneale varsta >49 cu CC	2,8920	8,60	1
244	6	C	G1042	Aderente peritoneale varsta >49 sau cu CC	1,7579	6,01	1
245	6	C	G1043	Aderente peritoneale varsta <50 fara CC	1,0459	5,11	0
246	6	C	G1051	Proceduri minore pe intestinul subtire si gros cu CC	1,9532	6,73	1
247	6	C	G1052	Proceduri minore pe intestinul subtire si gros fara CC	1,0963	5,87	0
248	6	C	G1060	Piloromotomie	1,0648	7,26	-

249	6	C	G1071	Apendicectomie cu CC catastrofale sau severe	1,6886	5,24	1
250	6	C	G1072	Apendicectomie fara CC catastrofale sau severe	0,8443	4,53	1
251	6	C	G1081	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,0018	7,63	1
252	6	C	G1082	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta 1 la 59 fara CC catastrofale sau severe	0,5923	5,51	1
253	6	C	G1090	Proceduri pentru hernia inghinala si femurala varsta >0	0,5797	5,33	0
254	6	C	G1100	Proceduri pentru hernie varsta <1	0,5293	3,80	0
255	6	C	G1111	Proceduri anale si la nivelul stomei cu CC catastrofale sau severe	1,2097	5,80	1
256	6	C	G1112	Proceduri anale si la nivelul stomei fara CC catastrofale sau severe	0,4221	4,66	0
257	6	C	G1121	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofale sau severe	2,8479	8,56	1
258	6	C	G1122	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv fara CC catastrofale sau severe	0,8317	6,74	1
259	6	M	G3011	Stare maligna digestiva cu CC catastrofale sau severe	0,9766	4,88	1
260	6	M	G3012	Stare maligna digestiva fara CC catastrofale sau severe	0,5041	3,80	1
261	6	M	G3021	Hemoragie gastrointestinala varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,4978	5,84	2
262	6	M	G3022	Hemoragie gastrointestinala varsta <65 fara CC catastrofale sau severe	0,2583	4,58	2
263	6	M	G3030	Ulcer peptic complicat	0,9199	5,66	2
264	6	M	G3040	Ulcer peptic necomplicat	0,2205	5,32	1
265	6	M	G3050	Boala inflamatorie a intestinului	0,5356	4,95	1
266	6	M	G3061	Ocluzie intestinala cu CC	0,9703	4,97	2
267	6	M	G3062	Ocluzie intestinala fara CC	0,4473	3,97	1
268	6	M	G3071	Durere abdominala sau adenita mezenterica cu CC	0,4725	3,90	1
269	6	M	G3072	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC	0,2331	3,11	1
270	6	M	G3081	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani cu CC catastrofale/severe	0,8065	5,09	2
271	6	M	G3082	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani fara CC catastrofale/severe	0,2709	4,76	1
272	6	M	G3091	Gastroenterita varsta <10 ani cu CC	0,7498	3,83	1
273	6	M	G3092	Gastroenterita varsta <10 ani fara CC	0,3402	3,52	-
274	6	M	G3100	Esofagita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta <10 ani	0,3717	3,06	1
275	6	M	G3111	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu	0,7813	4,75	1

				CC			
276	6	M	G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fara CC	0,2394	3,81	1
277	7	A	H2010	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sangerande	1,9469	7,75	2
278	7	A	H2021	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	2,0099	6,83	-
279	7	A	H2022	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC catastrofale sau severe	0,8380	4,99	-
280	7	A	H2031	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	1,8083	6,57	1
281	7	A	H2032	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC moderate	1,0144	4,94	-
282	7	A	H2033	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC	0,5860	5,10	-
283	7	C	H1011	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt cu CC catastrofale	5,5572	13,14	1
284	7	C	H1012	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt fara CC catastrofale	2,4825	11,09	1
285	7	C	H1021	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare maligna sau CC catastrofale	4,2340	13,53	1
286	7	C	H1022	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna cu (CC moderate sau severe)	2,3753	11,73	2
287	7	C	H1023	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna fara CC	1,3294	9,68	1
288	7	C	H1031	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2,4320	7,17	1
289	7	C	H1032	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fara CC catastrofale sau severe	1,0648	5,69	1
290	7	C	H1040	Alte proceduri in sala de operatii hepatobiliare si pancreatice	2,4825	6,50	1
291	7	C	H1051	Colecistectomie deschisa cu explorarea inchisa a CBP sau cu CC catastrofale	3,4780	10,52	1
292	7	C	H1052	Colecistectomie deschisa fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale	1,5563	9,71	1
293	7	C	H1061	Colecistectomie laparoscopica cu explorarea inchisa a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,7075	5,71	1
294	7	C	H1062	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale sau severe	0,8443	4,72	1
295	7	M	H3011	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC catastrofale	1,9406	7,37	2
296	7	M	H3012	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC severe	0,9136	6,75	2

297	7	M	H3013	Ciroza si hepatita alcoolica fara CC catastrofale sau severe	0,4347	6,11	1
298	7	M	H3021	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 cu CC catastrofale sau severe) sau cu CC catastrofale	1,3987	6,11	2
299	7	M	H3022	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 fara CC catastrofale sau severe) sau fara CC catastrofale	0,6301	4,89	1
300	7	M	H3031	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne cu CC catastrofale sau severe	1,4428	7,08	3
301	7	M	H3032	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fara CC catastrofale sau severe	0,5797	5,77	3
302	7	M	H3041	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1,4996	6,08	2
303	7	M	H3042	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fara CC cat/sev	0,4095	5,46	1
304	7	M	H3051	Tulburari ale tractului biliar cu CC	0,8569	5,37	2
305	7	M	H3052	Tulburari ale tractului biliar fara CC	0,3465	4,44	1
306	8	C	I1010	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremitatilor inferioare	5,7966	18,45	1
307	8	C	I1021	Transfer de tesut microrvascular sau (greafa de piele cu CC catastrofale sau severe), cu exceptia mainii	6,9181	9,57	1
308	8	C	I1022	Grefe pe piele fara CC catastrofale sau severe, cu exceptia mainii	2,7534	7,05	0
309	8	C	I1031	Revizie a artroplastiei totale de sold cu CC catastrofale sau severe	6,1935	17,75	1
310	8	C	I1032	Inlocuire sold cu CC catastrofale sau severe sau revizie a artroplastiei totale de sold fara CC catastrofale sau severe	3,3834	12,38	1
311	8	C	I1033	Inlocuire sold fara CC catastrofale sau severe	2,7597	11,89	1
312	8	C	I1040	Inlocuire si reatasare de genunchi	2,8920	12,23	1
313	8	C	I1050	Alte proceduri majore de inlocuire a articulatiilor si reatasare a unui membru	2,6652	7,88	-
314	8	C	I1060	Artrodeza vertebrala cu diformitate	6,1683	13,92	1
315	8	C	I1070	Amputatie	4,8767	16,76	1
316	8	C	I1081	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului cu CC catastrofale sau severe	3,1188	12,16	1
317	8	C	I1082	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului fara CC catastrofale sau severe	1,9280	11,06	1
318	8	C	I1091	Artrodeza vertebrala cu CC catastrofale sau severe	5,6517	8,55	1
319	8	C	I1092	Artrodeza vertebrala fara CC catastrofale sau severe	3,0432	7,75	0

320	8	C	I1101	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului cu CC catastrofale sau severe	2,6967	8,71	0
321	8	C	I1102	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului fara CC catastrofale sau severe	1,3546	7,23	1
322	8	C	I1110	Proceduri de alungire a membrelor	2,0603	6,59	1
323	8	C	I1121	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC catastrofale	4,9334	11,51	0
324	8	C	I1122	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC severe	2,6274	7,41	0
325	8	C	I1123	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv fara CC catastrofale sau severe	1,3546	5,81	0
326	8	C	I1131	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei cu CC catastrofale sau severe	2,9298	9,63	0
327	8	C	I1132	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	1,6004	9,05	0
328	8	C	I1133	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	1,2034	7,57	0
329	8	C	I1140	Revizie a bontului de amputatie	1,4870	9,58	0
330	8	C	I1150	Chirurgie cranio-faciala	1,9343	8,07	1
331	8	C	I1160	Alte proceduri la nivelul umarului	0,8695	3,99	0
332	8	C	I1170	Chirurgie maxilo-faciala	1,4113	6,01	1
333	8	C	I1180	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0,5167	3,82	0
334	8	C	I1190	Alte proceduri la nivelul cotului si antebratului	0,9829	5,00	0
335	8	C	I1200	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0,7939	6,08	0
336	8	C	I1210	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare a soldului si femurului	0,8506	4,96	0
337	8	C	I1220	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv sold si femur	0,4221	3,60	0
338	8	C	I1230	Artroscopie	0,4536	2,40	0
339	8	C	I1240	Proceduri diagnostic ale oaselor si a incheieturilor, incluzand biopsia	1,8146	5,73	0
340	8	C	I1251	Proceduri la nivelul tesuturilor moi cu CC catastrofale sau severe	2,1422	6,49	0
341	8	C	I1252	Proceduri la nivelul tesuturilor moi fara CC catastrofale sau severe	0,6868	4,70	0
342	8	C	I1261	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv cu CC	2,4699	5,64	0
343	8	C	I1262	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv fara CC	0,7435	4,43	0
344	8	C	I1270	Reconstructie sau revizie a genunchiului	1,0711	3,32	1

345	8	C	I1280	Proceduri la nivelul mainii	0,5545	3,50	0
346	8	M	I3010	Fracturi ale diafizei femurale	1,7579	5,22	0,5
347	8	M	I3020	Fracturi ale extremitatii distale femurale	1,3483	4,96	-
348	8	M	I3030	Entorse, luxatii si dislocari ale soldului, pelvisului si coapsei	0,5356	4,80	0
349	8	M	I3041	Osteomielita cu CC	2,0162	10,81	-
350	8	M	I3042	Osteomielita fara CC	0,7120	8,15	-
351	8	M	I3051	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica cu CC catastrofale sau severe	1,3609	6,53	1
352	8	M	I3052	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica tologica fara CC catastrofale sau severe	0,5671	4,86	0
353	8	M	I3061	Tulburari inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofale sau severe	2,2178	5,69	0
354	8	M	I3062	Tulburari inflamatorii musculoscheletale fara CC catastrofale sau severe	0,4221	5,05	-
355	8	M	I3071	Artrita septica cu CC catastrofale sau severe	2,3564	8,43	-
356	8	M	I3072	Artrita septica fara CC catastrofale sau severe	0,7939	7,13	-
357	8	M	I3081	Tulburari nechirurgicale ale coloanei cu CC	1,3294	6,41	2
358	8	M	I3082	Tulburari nechirurgicale ale coloanei fara CC	0,6049	5,45	1
359	8	M	I3083	Tulburari nechirurgicale ale coloanei, de zi	0,1890	0,00	-
360	8	M	I3091	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 cu CC catastrofale sau severe	1,5626	6,90	-
361	8	M	I3092	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,5923	5,62	-
362	8	M	I3093	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0,2898	4,72	1
363	8	M	I3100	Artropatii nespecifice	0,5482	6,29	-
364	8	M	I3111	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 cu CC	0,8695	7,36	-
365	8	M	I3112	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 sau cu CC	0,4032	5,41	-
366	8	M	I3113	Alte tulburari musculotendinoase varsta <70 fara CC	0,2646	4,39	-
367	8	M	I3121	Tulburari musculotendinoase specifice varsta >79 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,2034	6,75	-
368	8	M	I3122	Tulburari musculotendinoase specifice varsta <80 fara CC catastrofale sau severe	0,3339	5,35	0
369	8	M	I3131	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1,7768	8,91	-
370	8	M	I3132	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,6427	6,49	0

371	8	M	I3133	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0,3465	4,28	-
372	8	M	I3141	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 cu CC	1,1026	3,85	-
373	8	M	I3142	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 sau cu CC	0,4284	3,29	0
374	8	M	I3143	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC	0,2835	2,65	0
375	8	M	I3151	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta >64 cu CC	1,3861	4,53	0
376	8	M	I3152	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei varsta >64 sau cu CC	0,5860	3,84	0
377	8	M	I3153	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC	0,2961	3,36	0
378	8	M	I3161	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 cu CC	1,1467	6,29	-
379	8	M	I3162	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 sau cu CC	0,4788	5,55	0
380	8	M	I3163	Alte tulburari musculoscheletale varsta <70 fara CC	0,2583	4,55	0
381	8	M	I3171	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofale sau severe	2,0477	6,76	2
382	8	M	I3172	Fracturi ale pelvisului fara CC catastrofale sau severe	0,9262	5,36	-
383	8	M	I3181	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofale sau severe	1,2979	6,95	2
384	8	M	I3182	Fracturi ale colului femural fara CC catastrofale sau severe	0,4284	5,32	1
385	9	C	J1010	Transfer de tesut microvascular pentru piele, tesut subcutanat si tulburari ale sanului	4,8137	8,62	0
386	9	C	J1021	Proceduri majore pentru afectiuni maligne ale sanului	1,2097	8,20	1
387	9	C	J1022	Proceduri majore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0,9829	5,54	0
388	9	C	J1031	Proceduri minore pentru afectiuni maligne ale sanului	0,5482	4,56	0
389	9	C	J1032	Proceduri minore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0,3780	3,84	0
390	9	C	J1041	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2,0918	5,62	0
391	9	C	J1042	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare fara CC catastrofale sau severe	0,6112	4,60	0
392	9	C	J1050	Proceduri perianale si pilonidale	0,4978	3,97	0
393	9	C	J1060	Proceduri in sala de operatii ale pielii, tesutului subcutanat si chirurgie plastica la nivelul sanului	0,4473	4,19	0
394	9	C	J1070	Alte proceduri ale pielii, tesutului	0,2709	4,33	0

				subcutanat si sanului			
395	9	C	J1081	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita cu CC catastrofale	4,7444	10,80	1
396	9	C	J1082	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale cu grefa de piele/lambou de reparare	2,6148	17,48	0
397	9	C	J1083	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale fara grefa de piele/lambou de reparare	1,7768	7,77	1
398	9	C	J1091	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita cu grefa de piele (CC catastrofale sau severe)	2,4194	9,66	-
399	9	C	J1092	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita fara (grefa de piele si (CC catastrofale sau severe)	0,8947	5,98	0
400	9	C	J1100	Reaconstructii majore ale sanului	3,5347	13,61	-
401	9	M	J3011	Ulceratii ale pielii	1,4491	7,98	1,5
402	9	M	J3012	Ulceratie ale pielii, de zi	0,1260	0,00	-
403	9	M	J3021	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 cu CC) sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,6742	4,93	1
404	9	M	J3022	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 fara CC) sau fara (CC catastrofale sau severe)	0,2394	3,82	1
405	9	M	J3030	Tulburari nemaligne ale sanului	0,2772	4,31	0
406	9	M	J3041	Celulita varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1,3420	8,41	1
407	9	M	J3042	Celulita (varsta >59 fara CC catastrofale sau severe) sau varsta <60	0,5608	5,84	0,5
408	9	M	J3051	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta >69	0,5545	5,10	1
409	9	M	J3052	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta <70	0,2709	3,35	1
410	9	M	J3061	Tulburari minore ale pielii	0,5923	4,50	0
411	9	M	J3062	Tulburari minore ale pielii, de zi	0,1575	0,00	-
412	9	M	J3071	Tulburari majore ale pielii	0,9199	5,45	1
413	9	M	J3072	Tulburari majore ale pielii, de zi	0,0882	0,00	-
414	10	A	K2010	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburari metabolice fara CC, de zi	0,3843	0,00	-
415	10	C	K1010	Proceduri ale piciorului diabetic	3,7867	9,60	1
416	10	C	K1020	Proceduri la nivel de hipofiza	2,7849	11,19	1
417	10	C	K1030	Proceduri la nivelul suprarenalelor	2,6085	9,25	1
418	10	C	K1040	Proceduri majore pentru obezitate	1,5689	4,96	1
419	10	C	K1050	Proceduri la nivelul paratiroidelor	1,2664	5,86	0
420	10	C	K1060	Proceduri la nivelul tiroidei	1,1152	5,14	1
421	10	C	K1070	Proceduri privind obezitatea	1,3357	8,75	-
422	10	C	K1080	Proceduri privind tiroglosul	0,6616	5,05	0
423	10	C	K1090	Alte proceduri in sala de operatii la nivel endocrin, nutritional si metabolic	2,7849	6,34	1
424	10	M	K3011	Diabet cu CC catastrofale sau severe	1,2790	6,34	2

425	10	M	K3012	Diabet fara CC catastrofale sau severe	0,5734	5,48	1
426	10	M	K3020	Perturbare nutritionala severa	2,3060	6,09	1
427	10	M	K3031	Diverse tulburari metabolice cu CC catastrofale	1,5185	5,66	2
428	10	M	K3032	Diverse tulburari metabolice varsta >74 sau cu CC severe	0,7246	4,35	1
429	10	M	K3033	Diverse tulburari metabolice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0,3843	3,62	1
430	10	M	K3040	Erori innascute de metabolism	0,4158	4,09	-
431	10	M	K3051	Tulburari endocrine cu CC catastrofale sau severe	1,4239	4,75	1
432	10	M	K3052	Tulburari endocrine fara CC catastrofale sau severe	0,4851	4,03	1
433	11	A	L2010	Ureteroscopie	0,6238	4,63	0
434	11	A	L2020	Cistoureteroscopie, de zi	0,2016	0,00	-
435	11	A	L2030	Litotripsie extracorporeala pentru litiaza urinara	0,3969	5,56	-
436	11	C	L1011	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa cu CC catastrofale sau severe	4,0576	12,81	1
437	11	C	L1012	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa fara CC catastrofale sau severe	1,1971	11,67	-
438	11	C	L1021	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofale sau severe	4,1332	11,14	2
439	11	C	L1022	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori fara CC catastrofale sau severe	2,7345	8,39	2
440	11	C	L1031	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofale	3,6229	7,86	1
441	11	C	L1032	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC severe sau moderate	1,8461	6,53	1
442	11	C	L1033	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne fara CC	1,2790	6,68	1
443	11	C	L1041	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	2,2241	9,01	0
444	11	C	L1042	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0,8821	8,06	0
445	11	C	L1051	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofale sau severe	1,9847	6,53	1
446	11	C	L1052	Proceduri minore ale vezicii urinare fara CC catastrofale sau severe	0,6364	5,55	1
447	11	C	L1061	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei cu CC catastrofale sau severe	1,2790	6,05	0
448	11	C	L1062	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei fara CC catastrofale sau severe	0,5230	4,72	0
449	11	C	L1071	Proceduri ale uretrei cu CC	0,8569	5,46	0

450	11	C	L1072	Proceduri ale uretrei fara CC	0,5419	4,99	0
451	11	C	L1081	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC catasatrofal	4,9460	7,90	1
452	11	C	L1082	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC severe	2,1233	4,54	1
453	11	C	L1083	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	1,0459	3,40	0
454	11	M	L3011	Insuficienta renala cu CC catastrofale	2,2556	8,05	1
455	11	M	L3012	Insuficienta renala cu CC severe	1,2160	6,75	1
456	11	M	L3013	Insuficienta renala fara CC catastrofale sau severe	0,6364	5,30	1
457	11	M	L3020	Internare pentru dializa renala	0,0945	7,00	-
458	11	M	L3031	Tumori ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	1,2601	5,53	1
459	11	M	L3032	Tumori ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,6112	3,43	0
460	11	M	L3041	Infectii ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	1,6445	5,65	2
461	11	M	L3042	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta >69 sau cu CC severe	0,7435	5,99	1
462	11	M	L3043	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	0,4284	5,01	1
463	11	M	L3050	Pietre si obstructie urinara	0,3276	4,13	0
464	11	M	L3061	Semne si simptome ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	0,9262	5,01	1
465	11	M	L3062	Semne si simptome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,3339	3,98	0
466	11	M	L3070	Stricture uretrala	0,3528	4,37	0
467	11	M	L3081	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	2,0603	8,51	-
468	11	M	L3082	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC severe	0,8947	5,33	1
469	11	M	L3083	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,3087	4,12	0
470	12	A	M2010	Cistourethroscopie fara CC, de zi	0,1890		-
471	12	C	M1010	Proceduri majore pelvine la barbat	2,7723	13,59	1
472	12	C	M1021	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	1,6823	8,54	1
473	12	C	M1022	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0,8695	7,62	0
474	12	C	M1031	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1,0963	4,07	0
475	12	C	M1032	Proceduri la nivelul penisului fara CC	0,5734	3,73	0
476	12	C	M1041	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1,0711	4,81	0
477	12	C	M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fara CC	0,4410	3,75	0
478	12	C	M1050	Circumcizie	0,3213	2,96	0

479	12	C	M1061	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea maligna	1,9217	3,71	1
480	12	C	M1062	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptand cele pentru starea maligna	0,6049	5,52	1
481	12	M	M3011	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofale sau severe	1,0081	5,25	1
482	12	M	M3012	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin fara CC catastrofale sau severe	0,3465	3,57	0
483	12	M	M3021	Hipertrofie prostatica benigna cu CC catastrofale sau severe	1,0837	4,88	1
484	12	M	M3022	Hipertrofie prostatica benigna fara CC catastrofale sau severe	0,2835	3,93	0
485	12	M	M3031	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0,7687	5,02	0
486	12	M	M3032	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin fara CC	0,3402	4,17	0
487	12	M	M3040	Sterilizare, barbati	0,2646	1,67	-
488	12	M	M3050	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0,2520	3,70	0
489	13	A	N2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru afectiuni ale sistemul reproductiv feminin	0,1890	0,00	-
490	13	C	N1010	Eviscerare a pelvisului si vulvectomie radicala	3,3456	10,65	1
491	13	C	N1021	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor cu CC	3,0243	7,89	1
492	13	C	N1022	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor fara CC	1,6949	6,06	1
493	13	C	N1031	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor cu CC	2,5833	6,30	1
494	13	C	N1032	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor fara CC	1,5878	5,11	1
495	13	C	N1040	Histerectomie pentru stare nemaligna	1,1719	7,74	1
496	13	C	N1051	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofale sau severe	1,9784	7,75	1
497	13	C	N1052	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fara CC catastrofale sau severe	0,9955	6,12	1
498	13	C	N1060	Proceduri de reconstructie ale sistemului reproductiv feminin	0,9514	6,16	1
499	13	C	N1070	Alte proceduri la nivel uterin si anexe pentru stare nemaligna	0,5104	3,26	1
500	13	C	N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0,4536	3,86	1

501	13	C	N1090	Conizatie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin si vulvei	0,3087	3,06	0
502	13	C	N1100	Curetaj diagnostic si histeroscopie diagnostica	0,2898	2,40	0
503	13	C	N1111	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta >64 cu stare maligna sau cu CC	2,8668	4,02	1
504	13	C	N1112	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta <65 fara neoplasm fara CC	0,3717	2,73	0
505	13	M	N3011	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofale sau severe	1,0963	5,93	1
506	13	M	N3012	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin fara CC catastrofale sau severe	0,5797	4,46	1
507	13	M	N3020	Infectii, sistem reproductiv feminin	0,3969	3,93	1
508	13	M	N3031	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin cu CC	0,4347	3,79	1
509	13	M	N3032	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin fara CC	0,1827	3,07	1
510	14	A	O2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru sarcina, nastere sau lauzie	0,1890		-
511	14	C	O1011	Nastere prin cezariana cu CC catastrofale	2,3123	6,04	1
512	14	C	O1012	Nastere prin cezariana cu CC severe	1,5752	5,72	1
513	14	C	O1013	Nastere prin cezariana fara CC catastrofale sau severe	1,2223	5,27	1
514	14	C	O1021	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1,2412	4,99	0
515	14	C	O1022	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,9388	4,73	0
516	14	C	O1030	Sarcina ectopica	0,8128	5,35	1
517	14	C	O1040	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0,5860	3,14	0
518	14	C	O1050	Avort cu proceduri in sala de operatii	0,2835	2,38	0
519	14	M	O3011	Nastere vaginala cu CC catastrofale sau severe	1,0270	5,28	0
520	14	M	O3012	Nastere vaginala fara CC catastrofale sau severe	0,7309	4,41	0
521	14	M	O3013	Nastere vaginala singulara fara complicatii fara alte afectiuni	0,6238	4,68	0
522	14	M	O3020	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0,3402	5,61	1
523	14	M	O3030	Avort fara proceduri in sala de operatii	0,2394	2,77	-
524	14	M	O3041	Travaliu fals inainte de 37saptamani sau cu CC catastrofale	0,3276	3,46	0
525	14	M	O3042	Travaliu fals dupa 37 saptamani fara CC catastrofale	0,1449	2,84	-
526	14	M	O3051	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice	0,3654	3,52	1
527	14	M	O3052	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice, de zi	0,0945	0,00	-

528	15	C	P1010	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare,, cu proceduri semnificative in sala de operatii	0,7561	1,88	-
529	15	C	P1020	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru nou-nascuti	15,7327	22,53	5
530	15	C	P1030	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	12,4375	33,06	13
531	15	C	P1040	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	9,9109	28,99	11,5
532	15	C	P1050	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	6,4140	20,59	12
533	15	C	P1061	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	10,1629	25,91	9
534	15	C	P1062	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme multiple majore	3,2700	5,83	3
535	15	M	P3011	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu diagnostic neonatal	0,2709	1,25	1
536	15	M	P3012	Nou- nascut sau sugar subponderal, externat ca deces sau transfer, la interval <5zile de la internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara diagnostic neonatal	0,4536	1,21	1
537	15	M	P3020	Nou- nascut, greutate la internare < 750 g	22,6886	31,91	-
538	15	M	P3030	Nou- nascut, greutate la internare 750-999 g	15,7579	33,20	-
539	15	M	P3040	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1249 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	6,0801	13,21	12
540	15	M	P3050	Nou- nascut, greutate la internare 1250-1499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	4,5113	19,54	9
541	15	M	P3061	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	4,6751	20,89	8
542	15	M	P3062	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	3,1944	16,37	7
543	15	M	P3063	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	2,3312	13,70	6
544	15	M	P3064	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	2,1296	9,06	-

545	15	M	P3071	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2,5581	13,50	9
546	15	M	P3072	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	2,0918	8,04	5
547	15	M	P3073	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	1,4176	6,75	4
548	15	M	P3074	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0,6301	5,38	-
549	15	M	P3081	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2,2934	6,63	6
550	15	M	P3082	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	1,3042	4,62	3
551	15	M	P3083	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	0,7309	4,31	2
552	15	M	P3084	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0,3150	3,67	1
553	16	C	Q1010	Splenectomie	2,3753	11,70	1
554	16	C	Q1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice cu CC catastrofale sau severe	3,3582	5,67	1
555	16	C	Q1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice fara CC catastrofale sau severe	0,6175	5,35	1
556	16	M	Q3011	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate cu CC catastrofale sau severe	1,5563	5,18	2
557	16	M	Q3012	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe cu stare maligna	0,7120	4,52	-
558	16	M	Q3013	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe fara stare maligna	0,2331	4,49	1
559	16	M	Q3021	Tulburari ale globulelor rosii cu CC catastrofale	1,3168	6,23	1
560	16	M	Q3022	Tulburari ale globulelor rosii cu CC severe	0,6490	5,77	1
561	16	M	Q3023	Tulburari ale globulelor rosii fara CC catastrofale sau severe	0,2268	4,92	1
562	16	M	Q3030	Anomalii de coagulare	0,3969	5,67	1
563	17	C	R1011	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	6,3195	8,95	1

564	17	C	R1012	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	2,0162	11,68	1
565	17	C	R1021	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	3,3960	9,03	1
566	17	C	R1022	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	1,8398	6,52	1
567	17	C	R1031	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4,8767	9,93	1
568	17	C	R1032	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,9892	5,00	0
569	17	C	R1041	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1,5248	5,51	0
570	17	C	R1042	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,7120	4,11	0
571	17	M	R3011	Leucemie acuta cu CC catastrofale	5,3870	14,19	1
572	17	M	R3012	Leucemie acuta cu CC severe	1,0648	6,28	1
573	17	M	R3013	Leucemie acuta fara CC catastrofale sau severe	0,6112	4,62	-
574	17	M	R3021	Limfom si leucemie non-acuta cu CC catastrofale	3,0936	6,47	1
575	17	M	R3022	Limfom si leucemie non-acuta fara CC catastrofale	1,0207	4,42	1
576	17	M	R3023	Limfom si leucemie non-acuta, de zi	0,1323	0,00	-
577	17	M	R3031	Alte tulburari neoplazice cu CC	1,1656	4,88	1
578	17	M	R3032	Alte tulburari neoplazice fara CC	0,4914	3,80	0
579	17	M	R3040	Chimioterapie	0,1512	5,74	-
580	17	M	R3050	Radioterapie	0,4095		0
581	18	C	T1011	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC catastrofale	5,6769	9,78	1
582	18	C	T1012	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC severe sau moderate	2,4888	5,90	0
583	18	C	T1013	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare fara CC	1,3231	4,67	0
584	18	M	S3010	HIV, de zi	0,1890	0,00	-
585	18	M	S3021	Boli conexe HIV cu CC catastrofale	5,4627	8,22	1
586	18	M	S3022	Boli conexe HIV cu CC severe	2,4320	5,68	-
587	18	M	S3023	Boli conexe HIV fara CC catastrofale sau severe	1,5941	5,45	-
588	18	M	T3011	Septicemie cu CC catastrofale sau severe	1,7327	8,19	2
589	18	M	T3012	Septicemie fara CC catastrofale sau severe	0,8254	6,14	1
590	18	M	T3021	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,9514	8,61	-

591	18	M	T3022	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0,5545	6,44	-
592	18	M	T3031	Febra de origine necunoscuta cu CC	0,8443	5,02	2
593	18	M	T3032	Febra de origine necunoscuta fara CC	0,3969	4,23	-
594	18	M	T3041	Boala virala varsta >59 sau cu CC	0,5734	5,29	3
595	18	M	T3042	Boala virala varsta <60 fara CC	0,3087	4,43	-
596	18	M	T3051	Alte boli infectioase sau parazitare cu CC catastrofale sau severe	1,8146	5,55	2
597	18	M	T3052	Alte boli infectioase sau parazitare fara CC catastrofale sau severe	0,5608	5,28	-
598	19	A	U2010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, cu terapie electroconvulsiva (ECT)	0,1197		-
599	19	M	U3010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, fara terapie electroconvulsiva (ECT)	0,1134	0,00	-
600	19	M	U3021	Tulburari schizofrenice cu statut legal al sanatatii mentale	2,3942		0
601	19	M	U3022	Tulburari schizofrenice fara statut legal al sanatatii mentale	1,3168	14,19	1
602	19	M	U3031	Paranoia si tulburare psihica acuta cu CC catastrofale/sever sau cu statut legal al sanatatii mentale	1,9280	11,44	-
603	19	M	U3032	Paranoia si tulburare psihica acuta fara CC catastrofale/sever fara statut legal al sanatatii mentale	0,9325	11,65	-
604	19	M	U3041	Tulburari afective majore varsta >69 sau cu (CC catastrofale sau severe)	2,2367	10,38	1
605	19	M	U3042	Tulburari afective majore varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	1,4996	10,19	1
606	19	M	U3050	Alte tulburari afective si somatoforme	0,8695	8,50	-
607	19	M	U3060	Tulburari de anxietate	0,6553	7,03	-
608	19	M	U3070	Supralimentatie si tulburari obsesiv-compulsive	3,3204	9,39	-
609	19	M	U3080	Tulburari de personalitate si reactii acute	0,8002	7,15	1
610	19	M	U3090	Tulburari mentale in copilarie	1,6634	4,76	1
611	20	M	V3011	Intoxicatie cu alcool si sevraj cu CC	0,5545	7,44	1
612	20	M	V3012	Intoxicatie cu alcool si sevraj fara CC	0,2457	5,74	1
613	20	M	V3020	Intoxicatii medicamentoase si sevraj	0,7309	9,81	-
614	20	M	V3031	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool	0,6805	8,71	-
615	20	M	V3032	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool, de zi	0,0882	0,00	-
616	20	M	V3041	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee	0,3843	5,11	-
617	20	M	V3042	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee, pacient plecat impotriva avizului medical	0,3591	3,52	-
618	20	M	V3050	Alte tulburari si dependente datorita consumului de droguri	0,3843	6,57	-

619	21	C	W1010	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traumatisme multiple semnificative	15,2538	26,83	7
620	21	C	W1020	Proceduri la sold, femur si membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5,9478	16,14	1
621	21	C	W1030	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4,5617	12,75	2
622	21	C	W1040	Alte proceduri in sala de operatii pentru traumatisme multiple semnificative	5,0405	13,83	2
623	21	C	X1010	Transfer de tesut microvascular sau grefa de piele pentru leziuni ale mainii	0,8380	4,42	0
624	21	C	X1021	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta >59 sau cu CC	1,8272	8,42	0
625	21	C	X1022	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta <60 fara CC	0,7624	5,58	0
626	21	C	X1030	Alte proceduri pentru leziuni ale mainii	0,5545	3,84	0
627	21	C	X1041	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofale sau severe	2,1611	6,09	1
628	21	C	X1042	Alte proceduri pentru alte leziuni fara CC catastrofale sau severe	0,6553	4,95	0
629	21	C	X1051	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular sau cu (CC catastrofale sau severe)	3,5158	13,98	0
630	21	C	X1052	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular fara CC catastrofale sau severe	1,5437	9,58	0
631	21	M	W3010	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la alta unitate de ingrijiri acute, LOS<5 zile	0,9766	1,37	1
632	21	M	W3020	Traumatisme multiple fara proceduri semnificative	2,0036	6,99	2
633	21	M	X3011	Leziuni varsta >64 cu CC	0,8506	6,78	1
634	21	M	X3012	Leziuni varsta >64 fara CC	0,2772	5,52	-
635	21	M	X3013	Leziuni varsta <65	0,2268	4,25	0
636	21	M	X3020	Reactii alergice	0,2457	3,08	1
637	21	M	X3031	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta >59 sau cu CC	0,5860	3,20	1
638	21	M	X3032	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta <60 fara CC	0,2457	2,06	1
639	21	M	X3041	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofale sau severe	0,9577	7,10	1
640	21	M	X3042	Sechele ale tratamentului fara CC catastrofale sau severe	0,3906	6,22	1
641	21	M	X3051	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta >59 sau cu CC	0,6490	6,33	1
642	21	M	X3052	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta <60 fara CC	0,2268	4,63	-

643	22	C	Y1010	Arsuri grave, cu adancime completa	28,8695	23,59	5
644	22	C	Y1021	Alte arsuri cu grefa de piele varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	5,9163	22,41	0
645	22	C	Y1022	Alte arsuri cu grefa de piele varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	1,9469	18,40	0
646	22	C	Y1030	Alte proceduri in sala de operatii pentru alte arsuri	1,1971	10,51	0
647	22	M	Y2011	Alte arsuri varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	1,5311	9,46	1
648	22	M	Y2012	Alte arsuri varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	0,4347	6,34	-
649	22	M	Y3010	Arsuri, pacienti transferati catre alte unitati de ingrijiri acute < 5 zile	0,2520	1,22	1
650	22	M	Y3020	Arsuri grave	0,9325	11,18	1
651	23	A	Z2010	Monitorizare dupa tratament complet cu endoscopie	0,1701	3,30	-
652	23	C	Z1011	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate cu CC catastrofale/sever	1,0585	4,78	1
653	23	C	Z1012	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate fara CC catastrofale/sever	0,4536	3,20	1
654	23	M	Z3011	Reabilitare cu CC catastrofale sau severe	2,1989	6,14	2
655	23	M	Z3012	Reabilitare fara CC catastrofale sau severe	1,1341	4,70	1
656	23	M	Z3013	Reabilitare, de zi	0,1575	0,00	-
657	23	M	Z3020	Semne si simptome	0,4410	4,63	-
658	23	M	Z3030	Monitorizare fara endoscopie	0,1890	5,30	-
659	23	M	Z3041	Alte post ingrijiri cu CC catastrofale sau severe	1,5122	2,51	-
660	23	M	Z3042	Alte post ingrijiri fara CC catastrofale sau severe	0,4914	2,82	-
661	23	M	Z3051	Alti factori care influenteaza starea de sanatate	0,5923	4,03	1
662	23	M	Z3052	Alti factori care influenteaza starea de sanatate, de zi	0,1323	0,00	-
663	23	M	Z3060	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0,4410	3,73	-
664	24	C	91010	Proceduri extinse in sala de operatii neinrudite cu diagnosticul principal	2,7534	9,72	1
665	24	C	91020	Proceduri neextinse in sala de operatii, neinrudite cu diagnosticul principal	1,4365	5,76	-
666	24	C	91030	Proceduri in sala de operatii ale prostatei neinrudite cu diagnosticul principal	3,4464	14,00	-
667	24	M	93010	Negrupabile	0,6490		0
668	24	M	93020	Diagnostiche principale inacceptabile	0,1197	8,36	-
669	24	M	93030	Diagnostiche neonatale neconcordante cu varsta/greutatea	2,3438	10,27	-

NOTĂ:

1. "-" semnifică un număr insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului, sau, după caz, grupa de spitalizare de zi.
2. DMS a fost calculată pe baza datelor raportate de spitale în perioada 01.01 - 31.12.2016.
3. Mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI la nivel național, a fost calculată luând în considerare toate cazurile raportate și validate în perioada 01.01 - 31.12. 2016 pentru o anumită grupă de diagnostice, pentru care s-a înregistrat minim un transfer intraspitalicesc în secția Anestezie și terapie Intensivă - ATI.
4. M - categorie Medicală, C - categorie chirurgicală, A - Alte categorii.
5. duratele de spitalizare au fost calculate numai pe baza cazurilor externe, validate și raportate din secțiile ce furnizează îngrijiri de tip acut.

Definirea termenilor utilizați în sistemul DRG

Grupe de Diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG): o schemă de clasificare a pacienților externăți (în funcție de diagnostic), care asigură o modalitate de a asocia tipurile de pacienți cu cheltuielile spitalicești efectuate.

Categorii majore de diagnostice (CMD): o clasificare mai largă a pacienților doar pe baza diagnosticelor.

Valoare relativă (VR): Număr fără unitate care exprimă raportul dintre tariful unui DRG și tariful mediu al tuturor DRG-urilor.

Coeficient atribuit în funcție de cantitatea relativă de muncă, consumabile și resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afecțiunea/afecțiunile respective.

Grouper: aplicație computerizată (software) care permite alocarea automată a unui pacient într-un anumit DRG (pe baza datelor ce caracterizează fiecare caz externat).

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat).

Durata de spitalizare (DS): numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării și cel al externării din spital.

Cazuri ponderate (CP): pacienți "virtuali" generați prin ajustarea cazurilor externate, în funcție de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate și pentru cazurile echivalente.

$$\text{Nr. CP} = \sum (\text{VRDRGi} \times \text{CRDRGi})$$

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienți tratați într-un spital, în funcție de diagnostic și gravitate

Indicele de case-mix (Indicele de complexitate a cazurilor): Număr (fără unitate) care exprimă resursele necesare spitalului în concordanță cu pacienții tratați

$$\text{ICM pentru spitalul A} = \text{Total nr. cazuri ponderate (CP)} / \text{Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A}$$

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:

$$\text{CCPs} = \text{bugetul aferent cazurilor acute} / \text{nr. total cazuri ponderate}$$

- la nivel național:

$$\text{CCPN} = \text{bugetele aferente cazurilor acute la nivel național} / \text{nr. total cazuri ponderate}$$

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

$$\text{TCR} = \text{TCP} \times \text{ICM}$$

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

$$\text{TCDRG}_i = \text{TCP} \times \text{VRDRG}_i$$

Abrevieri:

CMD = Categoriile majore de diagnostice

DRG = Grupe de diagnostice

VR = Valoare Relativă

DS = Durată de spitalizare

CR = Cazuri rezolvate (externate)

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

**TARIFELE MAXIMALE PE ZI DE SPITALIZARE, PE SECȚIE/COMPARTIMENT
PENTRU SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PRECUM ȘI PENTRU
SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI/RECUPERARE ȘI NEONATOLOGIE
- PREMaturi DIN ALTE SPITALE INCLUSIV PENTRU
SECȚIILE/COMPARTIMENTELE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE**

Nr. crt.	Denumire secție/compartiment	Codul secției/compartimentului*)	Tarif maximal pe zi de spitalizare 2017 (lei)
1	Cronici	1061	198,29
2	Geriatrică și gerontologie	1121	171,05
3	Neonatologie (prematuri)	1222	444,35
4	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul II	1222.1	573,00
5	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul III	1222.2	955,6
6	Pediatrică (Recuperare pediatrică)	1272	199,08
7	Pediatrică cronici	1282	278,04
8	Pneumoftiziologie	1301	200,2
9	Pneumoftiziologie pediatrică	1302	258,01
10	Psihiatrie cronici (lungă durată)	1333.1	97,32
11	Psihiatrie cronici	1333.2	112,28
12	Recuperare, medicină fizică și balneologie	1371	202,11
13	Recuperare, medicină fizică și balneologie copii	1372	108,5
14	Recuperare medicală - cardiovasculară	1383	203,07
15	Recuperare medicală - neurologie	1393	217,72
16	Recuperare medicală - ortopedie și traumatologie	1403	268,52
17	Recuperare medicală - respiratorie	1413	256,58
18	Recuperare neuro - psiho - motorie	1423	206,89
19	Îngrijiri paliative	1061_PAL	235,62
20	Recuperare medicală	1393_REC	211,14

*) conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare.

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2017 nu poate fi mai mare decât tariful maximal pe zi de spitalizare prevăzut în tabel, cu excepția secțiilor de psihiatrie cronici prevăzute la poz. 10 și 11 a secției de recuperare medicală neurologie și recuperare neuropsihomotorie prevăzute la poz. 15 și 18, din tabelul de mai sus, pentru care tarifele maxime se pot majora cu până la 30%, respectiv secțiilor de pneumoftiziologie și pneumoftiziologie copii prevăzute la poz. 8 și 9, pentru care tarifele maxime se pot majora cu până la 15%.

NOTA 2: Pentru secția clinică recuperare neuromusculară recuperare medicală neurologie din structura Spitalului Clinic de Urgență "Bagdasar Arseni", secția clinică (IV) de recuperare medicală neurologie din cadrul Institutului Național de Recuperare Medicină Fizică și Balneologie și secția de recuperare neuropsihomotorie pentru copii de la Centrul Medical Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie pentru Copii "Dr. N. Robanescu", tariful maximal pe zi de spitalizare este de 400 lei/zi.

**TARIFUL MEDIU PE CAZ - MAXIMAL PENTRU SPITALELE DE ACUȚI NON DRG,
RESPECTIV PENTRU SECȚIILE/COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE
DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE**

Nr. crt.	Grupa	Secția/compartimentul (acuți)	Codul secției/ Compartimentului (*)	Tarif mediu pe caz - maximal 2017 - lei -
1.	Medicale	Boli infecțioase	1011	1.128,12
2.	Medicale	Boli infecțioase 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, nutriție și boli metabolice	1081	1.030,42
9.	Medicale	Diabet zaharat, nutriție și 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 clinică și alergologie	1151	1.114,54
16.	Medicale	Imunologie clinică și alergologie copii	1152	831,69
17.	Medicale	Medicină internă	1171	915,68
18.	Medicale	Nefrologie	1191	1.121,20
19.	Medicale	Nefrologie copii	1192	839,25
20.	Medicale	Neonatologie (nn și prematuri)	1202	887,21
21.	Medicale	Neonatologie (nou- născuți)	1212	818,38
22.	Medicale	Neurologie	1231	1.260,46
23.	Medicale	Neurologie pediatrică	1232	1.019,90
24.	Medicale	Oncologie medicală	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 acuți	1311	1.342,32
30.	Medicale	Psihiatrie pediatrică	1312	1.298,15
31.	Medicale	Psihiatrie (Nevroze)	1321	1.359,49
32.	Medicale	Psihiatrie (acuți și cronici)	1343	1.428,35
33.	Medicale	Reumatologie	1433	958,97
34.	Chirurgicale	Arși	2013	3.108,13
35.	Chirurgicale	Chirurgie cardiovasculară	2033	4.193,54
36.	Chirurgicale	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari	2043	3.255,31
37.	Chirurgicale	Chirurgie generală	2051	1.269,90
38.	Chirurgicale	Chirurgie și ortopedie pediatrică	2092	971,69
39.	Chirurgicale	Chirurgie pediatrică	2102	1.222,82
40.	Chirurgicale	Chirurgie plastică și reparatorie	2113	1.369,70
41.	Chirurgicale	Chirurgie toracică	2123	1.609,44

42.	Chirurgicale	Chirurgie vasculară	2133	2.293,84
42.	Chirurgicale	Ginecologie	2141	741,02
44.	Chirurgicale	Neurochirurgie	2173	2.038,80
45.	Chirurgicale	Obstetrică	2181	946,63
46.	Chirurgicale	Obstetrică-ginecologie	2191	812,51
47.	Chirurgicale	Oftalmologie	2201	680,09
48.	Chirurgicale	Oftalmologie copii	2202	738,08
49.	Chirurgicale	Ortopedie și traumatologie	2211	1.288,26
50.	Chirurgicale	Ortopedie pediatrică	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-facială	6013	1.014,38

*) conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare.

NOTĂ: Tariful contractat pentru anul 2017 nu poate fi mai mare decât tariful mediu pe caz maximal prevăzut în tabel.

A. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENȚĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ țintă/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare

3. Greutate Kg

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU | Programare examen RMN

Alte case | Data:

| Ora:

5. Internat DA/NU -

Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)/NU

6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: | *) Se va aplica semnătura și parafa

| medicului de specialitate radiologie și

| 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 și paraclinice care să justifice explorarea RMN: | 3. Antecedente alergice DA/NU

..... | 4. Astm bronșic DA/NU

..... | 5. Crize epileptice DA/NU

..... | 6. Suspiciune de sarcină DA/NU

..... | 7. Claustrofobie

..... | 8. Clipuri chirurgicale, materiale

..... | metalice de sutură

..... | 9. Valve cardiace, ventriculare

..... | 10. Proteze auditive

..... | 11. Dispozitive intrauterine

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 și parafa medicului | 16. Corpi străini intraocular

solicitant | 17. Schije, gloanțe, obiecte metalice

|

| Semnătura pacientului

Aviz șef secție solicitantă cu

asumarea responsabilității**):

(semnătura și parafa)

În caz de urgență, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2 - 3 ore, iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore.

| PREZENȚA UNUI PACEMAKER ESTE O |
| CONTRAINDICAȚIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!! |
|

**) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi.

B. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

UNITATEA SANITARĂ Tel.:

DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENȚĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ țintă/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 JUDEȚEANĂ DA/NU |

Alte case | Data:

5. Internat DA/NU - | Ora:

Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)/NU

| *) Se va aplica semnătura și parafa
| medicului de specialitate radiologie și
| imagistică medicală

6. S-au epuizat celelalte metode |

de diagnostic: DA/NU | Precizări:

7. Dg. trimitere |

..... |

8. Date clinice și paraclinice care | Diagnostic CT stabilit

să justifice explorarea CT: |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

9. Examen CT anterior: DA/NU |

10. Toleranță la substanța iodată: |

DA/NU |

Trimis de (spital, clinică) |

Medic solicitant Data: |

Semnătura și parafa medicului

solicitant

Aviz șef secție solicitantă cu

asumarea responsabilității*):

(semnătura și parafa)

Pentru URGENȚE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi.

C. FISA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:

DEPARTAMENTUL Fax:

Şef departament	URGENTĂ: DA/NU
.....	

FISA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat

Organ/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare

3. Greutate Kg | Programare examen scintigrafic

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU

Alte case | Data:

Ora:

5. Internat DA/NU -

Sectia nr. FO

6. S-au epuizat celelalte metode de

diagnostic: DA/NU | Precizări*):

7. Dg. trimitere |

.....

8. Date clinice și paraclinice care | Diagnostic scintigrafic stabilit

să justifice explorarea	

..... |

..... | *) Sarcina reprezintă contraindicație

9. Examen scintigrafic anterior: | de efectuare a examenului scintigrafic

DA/NU

10. Stări alergice*): DA/NU

Trimis de (spital, clinică) | (acolo unde este necesară confirmarea)

Medic solicitant Data:

Semnătura si parafa medicului

Solicitant

Aviz șef secție solicitantă cu

asumarea responsabilității*):

(semnătura și parafa)

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi.

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

Semnătura și parafa medicului care a efectuat investigația.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi.

**DURATA DE SPITALIZARE PE SECȚII/COMPARTIMENTE VALABILĂ PENTRU
TOATE CATEGORIILE DE SPITALE**

Nr. crt.	Cod Secție	Denumire secție	Durata de spitalizare realizata 2016
1.	1011	Boli infectioase	6,57
2.	1012	Boli infectioase copii	5,12
3.	1023	HIV/SIDA	7,14
4.	1033	Boli parazitare	4,28
5.	1051	Cardiologie	5,99
6.	1052	Cardiologie copii	4,97
7.	1061	Cronici	10,78
8.	1071	Dermatovenerologie	6,76
9.	1072	Dermatovenerologie copii	4,93
10.	1081	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	6,10
11.	1082	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice copii	4,50
12.	1101	Endocrinologie	4,44
13.	1102	Endocrinologie copii	4,42
14.	1111	Gastroenterologie	5,40
15.	1121	Geriatric si gerontologie	11,94
16.	1131	Hematologie clinica	6,08
17.	1132	Hematologie copii	5,52
18.	1151	Imunologie clinica si alergologie	4,45
19.	1152	Imunologie clinica si alergologie copii	4,76
20.	1171	Medicina interna	6,69
21.	1191	Nefrologie	6,76
22.	1192	Nefrologie copii	4,64
23.	1202	Neonatologie (nn si prematuri)	4,19
24.	1212	Neonatologie (nou nascuti)	4,53
25.	1222	Neonatologie (prematuri)	14,03
26.	1222.1	Neonatologie (prematuri)_MaternitateGrII	14,94
27.	1222.2	Neonatologie (prematuri)_MaternitateGrIII	19,23
28.	1231	Neurologie	7,63
29.	1232	Neurologie pediatria	5,19
30.	1241	Oncologie medicala	4,66
31.	1242	Oncopediatrie	7,45
32.	1252	Pediatrie	4,79
33.	1262	Pediatrie (pediatrie si recuperare pediatria)	3,78
34.	1272	Pediatrie (recuperare pediatria)	23,29
35.	1282	Pediatrie cronici	11,93
36.	1291	Pneumologie	8,50

37.	1292	Pneumologie copii	6,35
38.	1301	Pneumoftiziologie	33,66
39.	1302	Pneumoftiziologie pediatria	20,30
40.	1311	Psihiatrie acuti	10,57
41.	1312	Psihiatrie pediatria	5,94
42.	1321	Psihiatrie (Nevroze)	8,97
43.	1333.1	Psihiatrie cronici (lunga durata)	326,96
44.	1333.2	Psihiatrie cronici	52,57
45.	1343	Psihiatrie (acuti si cronici)	12,81
46.	1353	Toxicomanie	9,25
47.	1363	Radioterapie	9,18
48.	1371	Recuperare, medicina fizica si balneologie	11,43
49.	1372	Recuperare, medicina fizica si balneologie copii	17,54
50.	1383	Recuperare medicala - cardiovasculara	12,00
51.	1393	Recuperare medicala neurologie	13,30
52.	1403	Recuperare medicala - ortopedie si traumatologie	10,84
53.	1413	Recuperare medicala - respiratorie	10,71
54.	1423	Recuperare neuro-psiho-motorie	14,52
55.	1433	Reumatologie	6,84
56.	1453	Terapie intensiva coronarieni -UTIC	6,36
57.	1463	Toxicologie	3,27
58.	1473	Sectii sanatoriale	23,24
59.	2013	Arsi	12,34
60.	2033	Chirurgie cardiovasculara	10,39
61.	2043	Chirurgie cardiaca si a vaselor mari	12,57
62.	2051	Chirurgie generala	6,74
63.	2063	Chirurgie laparoscopica	5,59
64.	2073	Chirurgie artoscopica	0,00
65.	2083	Chirurgie oncologica	7,73
66.	2092	Chirurgie si ortopedie pediatria	4,23
67.	2102	Chirurgie pediatria	4,57
68.	2113	Chirurgie plastica si reparatorie	5,86
69.	2123	Chirurgie toracica	8,55
70.	2133	Chirurgie vasculara	7,18
71.	2141	Ginecologie	3,95
72.	2151	Gineco-oncologie	4,95
73.	2173	Neurochirurgie	7,20
74.	2181	Obstetrica	4,61
75.	2191	Obstetrica-ginecologie	4,42
76.	2201	Oftalmologie	3,33
77.	2202	Oftalmologie copii	3,99
78.	2211	Ortopedie si traumatologie	7,14
79.	2212	Ortopedie pediatria	4,89
80.	2221	Otorinolaringologie (ORL)	5,18
81.	2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	2,76
82.	2233	Otorinolaringologie (ORL) - implant cohlear	8,53

83.	2263	TBC osteo-articular	14,17
84.	2301	Urologie	5,69
85.	2302	Urologie pediatria	6,85
86.	6013	Chirurgie maxilo-faciala	4,25
87.	1061_PAL	Ingrijiri paliative	22,67
88.	1393_REC	Recuperare medicala	12,32
89.	1473_B	Sectii sanatoriale balneare	21,00
90.	1473_P	Preventorii	57,00

Durata de spitalizare pe secții se calculează ca medie a duratelor de spitalizare individuale ale fiecărui caz externat de pe secția respectivă și validat, număr întreg cu două zecimale.

Durata individuală a cazului se calculează ca diferența matematică între data externării și data internării.

Durata de spitalizare efectiv realizată pe secții/compartimente se calculează ca medie a duratelor de spitalizare individuale ale fiecărui caz externat și validat de pe secția respectivă, în perioada pentru care face decontarea și este număr cu 2 zecimale.

NOTĂ:

1. Pentru secția clinică recuperare neuromusculară - recuperare medicală neurologie din structura Spitalului Clinic de Urgență "Bagdasar Arseni", pentru secția recuperare neurologie adulți "Întorsura Buzăului" din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", județul Covasna, și pentru secția de recuperare medicală neuropsihomotorie copii din cadrul Sanatoriului Balnear și de Recuperare Techirghiol, durata de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru secțiile recuperare neuromotorie "Gura Ocnitei" din structura Spitalului Județean de Urgență Târgoviște, județul Dâmbovița, și Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie "Dezna", județul Arad, durata de spitalizare este de 17 zile.

2. Pentru secțiile recuperare cardiovasculară adulți din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", județul Covasna, durata de spitalizare este de 16 zile. Pentru secția de recuperare, medicină fizică și balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, inclusiv pentru compartimentul recuperare neuro-psiho-motorie din cadrul acesteia, durata de spitalizare este de 21 de zile.

3. Pentru secțiile de geriatrie și gerontologie din structura Institutului Național de Gerontologie și Geriatrie "Ana Aslan" durata de spitalizare este de 14 zile.

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitalicești

I. Părțile contractante

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

Și

Unitatea sanitară cu paturi, cu sediul în, str. nr., telefon: fix/mobil, fax, e-mail, reprezentată prin

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

III. Servicii medicale spitalicești

ART. 2 (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate, după caz, de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

Beneficiază de internare fără bilet de internare situațiile prevăzute în anexa 1 la capitolul I, litera C pct. 1 și la capitolul II litera F pct. 12 din H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare:

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

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

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2017.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

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

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 186 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare / rapoartele de control/ notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

i) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

j) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență acesta;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicești; în cazul serviciilor medicale spitalicești acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externate și raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

m) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum și respectarea protocoalelor de practică medicală;

n) să monitorizeze internările de urgență, în funcție de tipul de internare, așa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, cu evidențierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgențe din cadrul spitalului;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă și prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

p) să verifice respectarea de către furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale spitalicești are următoarele obligații:

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

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical și ale asiguratului referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

f) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

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

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

n) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

p) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

r) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

s) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista 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, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;

ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare bilunară/lunară/trimestrială, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

t) 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/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ț) 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 în procesul de transmitere a datelor;

u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

v) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile medicale spitalicești de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora a cărei quantum este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

w) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare cu paturi sau în ambulatoriu și prescripția medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și

fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

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

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

z) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

aa) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

ab) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz. Managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale spitalicești se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

ac) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

ad) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ae) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgențe, cu evidențierea numărului cazurilor internate, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

af) să raporteze corect și complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare și să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și al Ministerului Sănătății; spitalul care nu are pagină web proprie informează despre acest lucru casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, care va posta pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum;

ag) să monitorizeze gradul de satisfacție al asiguraților prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraților conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa nr. 48 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

ah) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală elaborate și aprobate conform prevederilor legale;

ai) să afișeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătății, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al ministrului finanțelor publice, situația privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public și situația arieratelor înregistrate;

aj) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

ak) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienților din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depășită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienți pe baza unui contract încheiat cu unități specializate, autorizate și evaluate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;

al) 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.

am) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate /adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

an) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

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

aq) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi;

ar) să elibereze pentru asigurații internați cu boli cronice confirmate care sunt în tratament pentru boala/bolile cronice cu medicamente, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, cu medicamente și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016; documentul stă la baza eliberării prescripției medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie și medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital;"

as) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. f) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - DRG pentru afecțiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a1) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016: lei

b) Suma pentru spitalele de cronici, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății, după caz - din alte spitale, care se stabilește astfel:

Secția/ Compartimentul	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare*) sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată	Tarif pe zi de spitalizare/ secție/ compartiment	Suma
COD				
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
TOTAL				

*) Durata de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016

Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumoftiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2016.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă este de și se stabilește astfel:

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2017 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative 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. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

d) Suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016. precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății de Ministerul Sănătății, după caz - din spitalele de cronici, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a.2) din anexa nr. 23 la

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016: lei

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabilește astfel:

Numărul de servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale cazurilor contractate
C1	C2	$C3 = C1 \times C2$
TOTAL	X	

*) Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161 /2016

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezintă distinct numărul cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, pentru cazurile neinternate, precum și numărul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2017 este de lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2017 se defalcchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acută, spitalizare de zi, spitalizare continuă cronici, servicii paliative, după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I lei,
din care:
- luna I lei
- luna II lei
- luna III lei
- Suma aferentă trimestrului II lei,
din care:
- luna IV lei
- luna V lei
- luna VI lei
- Suma aferentă trimestrului III lei,
din care:
- luna VII lei
- luna VIII lei
- luna IX lei
- Suma aferentă trimestrului IV lei,
din care:
- luna X lei
- luna XI lei
- luna XII lei.

(5) Decontarea serviciilor medicale spitalicești contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de

Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată inițial de către casele de asigurări de sănătate, se repartizează trimestrial spitalelor care îndeplinesc criteriile de la art. 6 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 și în condițiile prevăzute la același articol.

(6) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de

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

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse/transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până la până în ultima zi a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract de la data de 1 aprilie 2017 până la data de 30 noiembrie, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(8) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la capitolul II litera F punctul 3 din anexa nr. 1 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 25% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(9) Contractarea și decontarea serviciilor medicale spitalicești se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

ART. 8 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. b) - ae), ag) - al) și ap) - ar) atrage aplicarea unor sancțiuni 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 lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(2) Nerespectarea obligației de către unitățile sanitare cu paturi prevăzută la art. 6 alin. (1) lit. af) 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 5% la valoarea de contract aferentă lunii respective suplimentar față de procentul prevăzut la lit. a);

c) pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 6 lit. ao), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(4) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (3), nerespectarea obligației prevăzută la art. 6 lit. ao) se constată de casele de asigurări de sănătate 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 sumei potrivit alin. (1) - (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(6) Recuperarea sumei potrivit alin. (1) - (3) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) și (2).

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

ART. 9 Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale

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

VIII. Răspunderea contractuală

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

ART. 12 Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 15 În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea acesteia și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare, se preia de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea și suspendarea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

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

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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

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

(2) În situațiile prevăzute la alin. (1) lit. b) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situația prevăzută la alin. (1) lit. a), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale pentru secția/secțiile care nu îndeplinesc condițiile de contractare.

În situația în care toate secțiile spitalului nu îndeplinesc condițiile de contractare, suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității, iar valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

b) acordul de voință al părților;

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

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip 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 de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2) și a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității sanitare cu paturi declarat în contract.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile art. 7 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - **Director general,**

.....

.....

Director executiv al
Direcției economice,

.....

Director executiv al
Direcției Relații Contractuale

.....

.....

Vizat
Juridic, Contencios

.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Manager,

Director medical,

.....

Director financiar-contabil,

Director de îngrijiri,

.....

Director de cercetare-dezvoltare,

Pentru serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, se încheie contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi. Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești.

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim-ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, a centrului de permanență sau prin sistemul de consultații de urgență la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgență sau a celor integrate.

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege.

2.2. Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.

2.3. Bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major și stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări casectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian și revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienți cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienți oxigenodependenți, malformații arterio venoase - rupte neoperate, malformații vasculare cerebrale - anevrisme, malformații arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ.

2.4. Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

2.5. Transportul 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 și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim-ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, a centrului de permanență sau prin sistemul de consultații de urgență la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgență sau a celor integrate.

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege.

2.2. Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.

2.3. Transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani și 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 și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 6 - 18 ani și 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 își au domiciliul persoanele dializate și unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate din județul de domiciliu.

2.4. Bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major și stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări casectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian și revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienți cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienți oxigenodependenți, malformații vasculare cerebrale - anevrisme, malformații arterio venoase - rupte neoperate, malformații arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ.

2.5. Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

2.6. Transportul asiguraților nedeplasabili cu tetrapareze sau insuficiență motorie a trenului inferior, la spital pentru internare pe baza biletului de internare în unitățile sanitare de recuperare.

2.7. Transportul dus-întors la cabinetul de specialitate din specialitățile clinice și de la cabinet la domiciliu, pentru asigurații imobilizați la pat, pentru consultație în vederea evaluării, monitorizării și prescrierii tratamentului în cazul afecțiunilor cronice pentru care medicația poate fi prescrisă numai de medicul de specialitate din ambulatoriu de specialitate.

2.8. Transportul dus-întors, la laboratorul de investigații paraclinice și de la laborator la domiciliu, pentru asigurații imobilizați la pat, pentru efectuare de investigații medicale paraclinice în ambulatoriu recomandate de medicii de familie sau medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNTELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului beneficiază de serviciile medicale prevăzute la lit. B pct. 1 și pct. 2, subpunctele 2.1 și 2.2 din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului beneficiază de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă.

3. 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 lit. B punctul 1 și punctul 2 subpunctele 2.1 și 2.2 sau lit. B din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

D. TARIFUL MAXIMAL DECONTAT UNITĂȚILOR SPECIALIZATE PRIVATE DE CASELE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

(1) Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate pentru consultații de urgență la domiciliu este de 197 lei.

(2) Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs în mediul rural/urban este:

- pentru autoturisme de transport și intervenție în scop medical pentru consultații de urgență la domiciliu de 1,42 lei;

- pentru transportul sanitar neasistat cu ambulanțe tip A1 și A2 de 2,18 lei;

- pentru transportul sanitar neasistat cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat de 1,11 lei.

(3) Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este de 92 lei.

(4) Tarifele de la alin. (2) și (3) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

MODALITATEA DE PLATĂ**a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat**

ART. 1 (1) Consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale, cuprinse în anexa nr. 27 la ordin, se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale.

(2) Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare pentru consultația de urgență la domiciliu, tarifului pe kilometru efectiv parcurs pentru mediul urban/rural și tarifului pe milă marină parcursă pentru unitățile specializate private, sunt prevăzute în anexa nr. 28 A la ordin.

ART. 2 Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar neasistat, va avea în vedere fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și se stabilește astfel:

1. pentru solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport) și a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanentă și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 alin. (1). Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează consultațiile de urgență la domiciliu cu unitățile specializate private.

Tariful pe solicitare pentru consultații de urgență la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus, prin încheierea unui act adițional în acest sens.

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri efectiv parcurși, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. La estimarea numărului de kilometri parcurși se iau în calcul și kilometrii estimați a fi parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu. Tariful pe kilometru parcurs negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 alin. (2), astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare. Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus, prin încheierea unui act adițional în acest sens.

3. pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 alin. (3). La estimarea numărului de mile marine se iau în calcul și milele marine estimate a fi parcurse aferente consultațiilor de urgență la domiciliu.

Tariful pe milă marină minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private.

Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus, prin încheierea unui act adițional în acest sens.

ART. 3 Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale medicul care acordă consultații de urgență la domiciliu poate elibera certificate constatatoare de deces în condițiile prevăzute de lege, cu excepția situațiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

ART. 4 Suma contractată anual de către unitățile specializate autorizate și evaluate private cu casele de asigurări de sănătate se defalcă pe trimestre și pe luni. Defalcarea pe luni are în vedere și propunerile

furnizorilor în raport de condițiile specifice, cu încadrarea în sumele trimestriale aprobate de ordonatorul principal de credite.

ART. 5 (1) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se face lunar, la nivelul realizat, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși, respectiv mile marine parcurse, și tariful minim negociat, precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful minim negociat pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă lunii respective.

(2) Trimestrial, se face regularizarea pentru perioada de la 1 aprilie 2017 până la sfârșitul trimestrului respectiv, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși, respectiv mile marine parcurse și tariful minim negociat, precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful minim negociat pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea.

În situația în care, la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurși, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum și a numărului consultațiilor de urgență la domiciliu, realizate de la 1 aprilie 2017 până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul contractat.

În situația în care la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurși, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum și a numărului consultațiilor de urgență la domiciliu, realizate de la 1 aprilie 2017 până la sfârșitul trimestrului respectiv, este mai mică decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul realizat.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate autorizate și evaluate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu prevăzute la lit. A pct. 1 și la lit. B pct. 1 din anexa nr. 27 la ordin și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera A, pct. 2 și la litera B pct. 2 din anexa nr. 27 la ordin, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 6 (1) Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumelor corespunzătoare consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuți în vedere la contractare, în limita sumelor contractate, în baza facturii și a documentelor justificative ce se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse/transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând serviciile realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Regularizarea și decontarea trimestrială se face până în ultima zi a 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, raportate și validate conform contractului de furnizare de servicii de la data de 1 aprilie 2017 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 până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

ART. 7 Mijloacele specifice de intervenție destinate consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat sunt:

- a) ambulanțe tip A1, A2 - ambulanțe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienți (A2);
- b) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;
- c) autoturisme de transport și intervenție în scop medical, pentru medicii care acordă consultații de urgență la domiciliu;
- d) mijloace de intervenție/transport pe apă - ambarcațiuni pentru intervenții primare sau secundare/transporturi sanitare.

ART. 8 (1) Tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate pentru consultații de urgență la domiciliu este de 197 lei pentru unități specializate private.

(2) Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs în mediul rural/urban pentru autoturisme de transport și intervenție în scop medical pentru consultații de urgență la domiciliu este de 1,42 lei, pentru transportul sanitar neasistat cu ambulanțe tip A1 și A2 tariful pe km este de 2,18 lei iar cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat tariful pe km este de 1,11 lei.

(3) Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este de 92 lei.

(4) Tarifele de la alin. (2) și (3) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale furnizorilor de servicii întâlniri cu medicii de specialitate din cadrul unităților specializate private pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităților specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare pentru consultația de urgență la domiciliu, tarifului pe kilometru efectiv parcurs pentru mediul urban/rural și tarifului pe milă marină parcursă, pentru unitățile specializate private

1. Statul de personal.
2. Fișa de fundamentare a tarifului pentru anul 2017 pe elemente de cheltuieli

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificație bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizații de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanță	10.01.09	
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10.01.12	
Indemnizații de delegare	10.01.13	
Indemnizații de detașare	10.01.14	
Alocații pentru locuințe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuții	10.03	
Contribuții de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuții de asigurări de șomaj	10.03.02	
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	

Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10.03.04	
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10.03.06	
Contribuții la fondul de garantare a creanțelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri și servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curățenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat și forță motrică	20.01.03	
Apă, canal și salubritate	20.01.04	
Carburanți și lubrifianti	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poștă, telecomunicații, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20.01.09	
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20.01.30	
Reparații curente	20.02	
Medicamente și materiale sanitare	20.04	
Hrană	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanți	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detașări, transferuri	20.06	

Deplasări interne, detașări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărți, publicații și materiale documentare	20.11	
Consultanță și expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecția muncii	20.14	
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol și reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acțiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51.01.38	
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51.01.08	
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51.02.12	

NOTĂ: Rubricile din tabelul de mai sus se vor completa conform specificului activității proprii.

CONTRACT**de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat****I. Părțile contractante**

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

și

Unitatea specializată privată reprezentată prin:, cu sediul în, str. nr., telefon fix/mobil, e-mail: fax

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

III. Consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat furnizate

ART. 2 Furnizorul de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii prevăzute în anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2017.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu unități specializate private, autorizate și evaluate și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze unităților medicale specializate, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de lista certificată de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară și de documentele justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casa de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și

despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze, în prealabil în termenul prevăzut la art. 186 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorului consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat acordate beneficiarilor de servicii din pachetul de bază și pachetul minimal;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

ART. 6 Furnizorul de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical și ale asiguratului referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

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

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

h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

- i) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită, prin dispeceratul unic 112, în limita mijloacelor disponibile;
- j) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- k) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;
- l) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
- m) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;
- n) 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/Confederației Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- o) să 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 în procesul de transmitere a datelor;
- p) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetele de servicii medicale;
- q) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;
- r) să asigure consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, utilizând mijlocul de intervenție și transport și echipamentul corespunzător situației respective, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- s) să elibereze certificate constatatoare de deces, după caz, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;
- ș) să introducă monitorizarea apelurilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- t) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;
- ț) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate, în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea, în condițiile prevăzute în norme; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
- u) să asigure la solicitarea serviciilor publice de ambulanță, consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat contractate direct cu casa de asigurări de sănătate, în conformitate

cu protocolul de colaborare încheiat între serviciul public de ambulanță și serviciile de ambulanță private, conform prevederilor legale în vigoare.

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar neasistat va avea în vedere fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și se stabilește astfel:

a) pentru consultații de urgență la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente mijlocului de transport - cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport - și a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanentă și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (1) din anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează consultațiile de urgență la domiciliu cu unitățile specializate private.

Tariful pe solicitare pentru consultații de urgență la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus, prin încheierea unui act adițional în acest sens;

b) pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri efectiv parcurși, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. La estimarea numărului de kilometri parcurși se iau în calcul și kilometrii estimați a fi parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu. Tariful pe kilometru parcurs negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus, prin încheierea unui act adițional în acest sens;

c) pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 alin. (3) din anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016. La estimarea numărului de mile marine se iau în calcul și milele marine estimate a fi parcurse aferente consultațiilor de urgență la domiciliu.

Tariful pe milă marină minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private. Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus, prin încheierea unui act adițional în acest sens.

(2) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport neasistat efectuate de unitățile specializate autorizate și evaluate private:

a) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se face lunar, la nivelul realizat, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși, respectiv mile marine parcurse, și tariful minim negociat, precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful minim negociat pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă lunii respective;

b) Trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la data de 1 aprilie 2017 până la sfârșitul trimestrului respectiv, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși, respectiv mile marine parcurse, și tariful minim negociat, precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful minim negociat pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea.

În situația în care, la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurși, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum și a numărului consultațiilor de urgență la domiciliu, realizate de la 1 aprilie 2017 până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul contractat.

În situația în care la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurși, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum și a numărului consultațiilor de urgență la domiciliu, realizate de la 1 aprilie 2017 până la sfârșitul trimestrului respectiv, este mai mică decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul realizat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate autorizate și evaluate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu prevăzute la lit. A pct. 1 și la lit. B pct. 1 din anexa nr. 27 la ordin și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera A, pct. 2 și la litera B pct. 2 din anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 8

(1) Suma contractată aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat pentru anul 2017 este de lei.

(2) Suma contractată aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se defalchează pe trimestre și pe luni.

ART. 9

(1) Lunar, la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuți în vedere la contractare în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative ce se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de a lunii următoare celei pentru care se face decontarea.

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

(2) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse/transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând serviciile realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările și decontările, ținându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați, cu excepția trimestrului IV, pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs, pentru serviciile medicale realizate, raportate și validate conform contractului de furnizare de servicii, de la data de 1 aprilie 2017 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 până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(4) Plata consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr., deschis la Banca, la data de

ART. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților medicale specializate private prevăzute la art. 6 lit. b) - t) și u) atrage aplicarea unor sancțiuni 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 lunară;

c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente, că 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 sumelor potrivit alin. (1) și (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al furnizorului de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauze speciale

ART. 14 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

ART. 15 Efectuarea de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, suspendarea și rezilierea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

b) acordul de voință al părților;

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

d) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) 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 sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

b) 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;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (2) lit. a) – c), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) – c), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat se reziliază printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

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

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

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entităților controlate și necesare actului de control;

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);

i) dacă furnizorul nu îndeplinește condiția prevăzută la art. 105 alin. (1) lit. d) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

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

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu

casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

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

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) și la art. 16 alin. (1) lit. a) subpunctele a2) și a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) - subpct. a1) și lit. c) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității specializate private declarat în contract.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

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

FURNIZOR
Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

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

Vizat
Juridic, Contencios
.....

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ȘI ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

A. PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ȘI ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Nr. crt.	Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijire paliativă la domiciliu
1.	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respirație, puls, TA, diureză și scaun****)
	****) Recomandarea serviciului se face de către medici pentru toți parametrii prevăzuți, respectiv: temperatură, respirație, puls, TA, diureză și scaun
2.	Administrarea medicamentelor:
	2.1 intramuscular*)
	2.2 subcutanat*)
	2.3. intradermic*)
	2.4. oral
	2.5. pe mucoase
	*) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.
3.	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*) ****)
	*) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.
	****) Se efectuează sub supravegherea medicului care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
4.	Sondaj vezical, îngrijirea sondei urinare și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală***)
	****) la bărbați se efectuează de către medicul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri medicale paliative
5.	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă sub supravegherea medicului*) ****)
	*) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.
	****) Se efectuează sub supravegherea medicului care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
6.	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică și educarea asiguratului/apartinătorilor
7.	Alimentarea pasivă, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție, inclusiv instruirea asiguratului/apartinătorului
8.	Clismă cu scop evacuator
9.	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor

10.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor
11.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: posturi de drenaj bronșic, tapotaj, fizioterapie respiratorie
12.	Îngrijirea plăgilor simple și/sau suprainfectate/suprimarea firelor
13.	Îngrijirea escarelor multiple
14.	Îngrijirea stomelor
15.	Îngrijirea fistulelor
16.	Îngrijirea tubului de dren și instruirea asiguratului
17.	Îngrijirea canulei traheale și instruirea asiguratului
18.	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbția urinei**)
	***) Este inclus și mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbția urinei/zi.
19.	Evaluarea asiguratului: stabilirea și aplicarea unui plan de îngrijiri în controlul durerii și altor simptome asociate bolii și reevaluarea periodică
20.	Evaluarea mobilității, a capacității de auto-îngrijire, a riscului de apariție al escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutriționale, implementarea intervențiilor stabilite în planul de îngrijiri și reevaluarea periodică - de către asistentul medical
21.	Masaj limfedem și contenție elastică
22.	Masaj limfedem cu pompa de compresie
23.	Montare TENS
24.	Administrare medicație prin nebulizare
25.	Aspirație gastrică
26.	Aspirație căi respiratorii
27.	Paracenteză
28.	Ventilație noninvazivă****)
	****) Se efectuează sub supravegherea medicului pneumolog cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BiPAP și în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilație noninvazivă, a medicului cu specialitatea Anestezie și terapie intensivă, a medicului specialist de medicină de urgență, care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
29.	Alimentație parenterală - alimentație artificială pe cateter venos central sau periferic****)
	****) Se efectuează sub supravegherea medicului cu specialitatea anestezie și terapie intensivă care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu. Serviciul nu include alimentele specifice.

30.	Kinetoterapie individuală*****)
*****)	Se efectueaza doar de catre kinetoterapeutul/ fiziokinetoterapeutul care își desfășoară activitatea într-o forma legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu

NOTA 1: Serviciile de la punctele 1 - 30 se acordă de furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu.

NOTA 2: Serviciile de la punctele 1 - 18 și 28 - 30 se acordă de furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu.

NOTA 3: Serviciile de la punctele 19 și 21 - 27 se acordă de către medicii de specialitate cu atestat îngrijiri paliative.

NOTA 4: Serviciile de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se acordă în condițiile stabilite prin anexa nr. 31 la ordin.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE / SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN / CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR / DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu prevăzut la lit. A din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, prevăzut la lit. A din prezenta anexă, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale.

CONDIȚIILE**acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu și modalitățile de plată ale acestora**

ART. 1 (1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alții decât medicii de familie, furnizori care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ținând seama de starea de sănătate a asiguratului și de statusul de performanță ECOG al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie și de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medici aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa nr. 31 C la ordin, ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status.

Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, cu excepția unității sanitare cu paturi care are organizată și aprobată/avizată de Ministerul Sănătății structură de îngrijiri medicale la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continuă, nu poate efectua servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanți legali, medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, asociați, acționari, comanditari, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, soț/soție sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu.

Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu nu poate efectua servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la același furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu sau la același furnizor de servicii medicale care are încheiate cu casele de asigurări de sănătate contracte și pentru asistența medicală primară, specialități clinice și recuperare, medicină fizică și balneologie.

Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și nici recomandările medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, diagnosticul stabilit și statusul de performanță ECOG al acestuia.

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 desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare) - statusul de performanță ECOG 3;

b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare) - statusul de performanță ECOG 4.

(3) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, sau în registrul de consultații în ambulatoriu, asupra necesității efectuării îngrijirilor medicale.

ART. 2 (1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 30 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu.

Tariful maximal pe o zi de îngrijire la domiciliu este de 60 lei, pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4 și tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraților cu status de performanță ECOG 3 este de 55 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu, precum și costurile de transport la domiciliul asiguratului. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30 la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În caz contrar, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii recomandate / număr minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG.

Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu stabilit conform celor de mai sus este prevăzut în decizia casei de asigurări de sănătate conform anexei 31 A la ordin.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

(5) În situația în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale, furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu. Pentru a beneficia din nou de îngrijiri medicale la domiciliu asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3).

ART. 3 Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri stabilit în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminică și în timpul sărbătorilor legale.

ART. 4 (1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alții decât medicii de familie, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru acordarea de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contracte de îngrijiri paliative cu casele de asigurări de sănătate dacă fac dovada funcționării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înțelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative și asistenți medicali absolvenți ai unui curs de îngrijiri paliative.

Pentru asigurarea calității serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezența unui medic cu atestat în îngrijiri paliative și a unui asistent medical, cu un program de lucru care să asigure o normă întreagă pe zi atât pentru medic cât și pentru asistentul medical. Pe lângă personalul de specialitate, la nivelul furnizorului poate funcționa și alt personal: psihologi, kinetoterapeuți, logopezi, îngrijitori.

(3) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, asiguraților eligibili. Sunt considerați eligibili, pacienții cu afecțiuni oncologice și cei cu HIV/SIDA, cu speranță limitată de viață și cu status de performanță ECOG 3 sau 4.

(4) Statusul de performanță ECOG pentru care se acordă îngrijiri paliative la domiciliu este definit la art. 1 alin. (2).

(5) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către medicii de specialitate cu specialități oncologie și boli infecțioase, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 31 D la ordin, ca o consecință a actului

medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status.

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu cu excepția unității sanitare cu paturi care are organizată și aprobată/avizată de Ministerul Sănătății structură de îngrijiri paliative la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externe din spitalizare continuă, nu poate efectua servicii de îngrijiri paliative la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medici care au calitatea de reprezentanți legali, medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, asociați, acționari, comanditari, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, soț/soție sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu.

Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu nu poate efectua servicii de îngrijiri paliative la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la același furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu sau la același furnizor de servicii medicale care are încheiate cu casele de asigurări de sănătate contracte și pentru asistența medicală primară, specialități clinice și recuperare, medicină fizică și balneologie.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu întocmește după prima vizită planul de îngrijire pe care îl comunică în maximum 3 zile lucrătoare la casa de asigurări de sănătate. În situația în care planul de îngrijire se modifică în funcție de necesitățile pacientului, variațiile planului de îngrijire sunt transmise casei de asigurări de sănătate odată cu raportarea lunară.

ART. 5 (1) Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 30 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 maximal pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu este de 70 lei pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4 și tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordată asiguraților cu status de performanță ECOG 3 este de 65 lei.

În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu, precum și costurile de transport la domiciliul asiguratului. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu, conform recomandării pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 5 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii recomandate / număr minim de servicii (5) x tariful/zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG

Tariful pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu stabilit conform celor de mai sus este prevăzut în decizia casei de asigurări de sănătate conform anexei 31 A la ordin și rămâne nemodificat în situația în care numărul serviciilor de îngrijiri paliative stabilite de medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, în cadrul planului de îngrijire prevăzut în anexa 31 B la ordin este mai mare față de cel prevăzut în recomandare, conform anexei 31 D la ordin.

(3) În situația în care numărul serviciilor de îngrijiri paliative stabilite de medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul planului de îngrijire conform anexei 31 B la ordin și efectuate de furnizor, este mai mic față de numărul serviciilor recomandate, tariful prevăzut în decizie se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor cuprinse în cadrul planului de îngrijire, conform formulei:

Număr servicii cuprinse în cadrul planului de îngrijire / număr de servicii conform recomandării x tariful/zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG și prevăzut în decizie.

(4) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilește de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viață. În situația în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

ART. 6 (1) Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu atestat în îngrijiri paliative și asistentul medical

care funcționează la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

Planul de îngrijire se stabilește pe baza evaluării inițiale a pacientului și este revizuit în funcție de necesitățile pacientului sau cel puțin o dată la 30 de zile. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în anexa nr. 31 B la ordin.

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 regim de spitalizare continuă, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale, furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative, asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor paliative în limita numărului de zile prevăzut la art. 5 alin. (4), cu excepția situației în care întreruperea îngrijirilor paliative a survenit ca urmare a internării asiguratului în regim de spitalizare continuă, 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 3 exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, care se atașează la foaia de observație/fișa medicală, după caz. Un exemplar, împreună cu cererea de acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, se depune de către asigurat, de către unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), de o persoană împuternicită legal în acest sens - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau de reprezentantul legal al asiguratului la casa de asigurări de sănătate la care se află în evidență asiguratul. Împuternicitul legal nu poate fi asociat/administrator/reprezentant legal/angajat într-o formă legală al unui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu. 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 lucrătoare de la data emiterii recomandării.

(2) Pentru obținerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP/cod unic de asigurare și recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează recomandarea medicală cu specificarea domiciliului copilului și certificatul de naștere (în copie) cu codul numeric personal - CNP/codul unic de asigurare.

Documentele depuse în copie sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), a persoanei împuternicite de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau a reprezentantului legal al asiguratului.

(3) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea și recomandarea primită, în maximum două zile lucrătoare de la data depunerii, și este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii, iar cererea este aprobată în limita sumei prevăzute pentru această destinație. La analiza cererilor și

recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare statusul de performanță ECOG al asiguratului și numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de care a beneficiat asiguratul în anul respectiv, astfel încât să nu depășească numărul de zile prevăzut la art. 2 alin. (3), respectiv art. 5 alin. (4).

Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal. În cazul acceptării, cererea este supusă aprobării și, respectiv, emiterii deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, în limita sumei prevăzute cu această destinație.

Decizia se expediază prin poștă sau se predă direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), persoanei împuternicite legal în acest sens - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat 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 legal în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantului legal al asiguratului, pe baza deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emise de casa de asigurări de sănătate, se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate și care este inclus în lista de furnizori, înscrisă pe versoul deciziei.

(5) Casa de asigurări de sănătate eliberează decizii pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative care nu se suprapun ca perioadă de timp în care sunt acordate de către furnizor/furnizori aceste servicii.

ART. 8 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fișă de îngrijire care conține datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative acordate, data și ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), a persoanei împuternicite legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau a reprezentantului legal al asiguratului, care confirmă efectuarea acestor servicii, semnătura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum și evoluția stării de sănătate.

ART. 9 (1) În baza fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmește factura lunară și desfășurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aprobate.

(2) Furnizorul depune la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală factura lunară însoțită de desfășurătorul serviciilor efectuate, în luna următoare celei pentru care se face decontarea, însoțită de copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcție de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat și validat, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat și de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

ART. 10 (1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și asigurarea accesului asiguraților la aceste servicii, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea acordării serviciilor emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați.

(2) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate, de tipul și stadiul afecțiunii pentru care a fost efectuată recomandarea și de nivelul de dependență al bolnavului, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație, se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a acesteia.

(3) Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr. 31 A la ordin.

(4) Termenul de valabilitate al deciziei pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la furnizorul de îngrijiri medicale la

domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este de 10 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia de către casele de asigurări de sănătate.

ART. 11 În situația în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

ART. 12 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie, sau la solicitarea organizațiilor furnizorilor întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității.

Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 13 Medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, care prescriu substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, respectă prevederile legale în vigoare privind condițiile de prescriere a medicamentelor.

Casa de Asigurări de Sănătate

Decizia nr. din data

Președintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- prevederile H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare

- prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii de Guvern nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017

Văzând cererea nr. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate în data de depusă de beneficiar (asigurat), nume și prenume sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, adresă completă, telefon)*) beneficiar domiciliat în CNP/cod unic de asigurare, 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,;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea președintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. /data

DECIDE

ART. 1 Se aprobă pentru numitul cu diagnosticul de, 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 la domiciliu de lei, sumă lei;

pentru zile cu tariful pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu de lei, sumă lei.

ART. 2 Tariful/pe o zi de îngrijire prevăzut la art. 1 este suportat 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

Președinte – Director General

*) în situația în care cererea nu este depusă de beneficiar (asigurat) acest câmp se completează obligatoriu și se înscrie calitatea:

- părinte

- soț/soție

- fiu/fiică

- reprezentant legal al asiguratului

- împuternicit legal - care nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator și angajat al unui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

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/ lucrativ Telefon/Fax/Pagină web	Adresă completă punct de lucru/ Telefon/Fax/Pagină web
1		
2		
...		

PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu C.U.I.
 Nr. Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate
 Numele și prenumele asiguratului
 CNP/cod unic de asigurare al asiguratului
 Diagnostic medical
 Diagnostic boli asociate

Evaluare inițială			Problema (actuală/ potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator*)	Data la care urmează a se efectua serviciile	Data efectuării serviciilor	Nume și Prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data reevaluării
Data	Nume prenume evaluator	Semnătura evaluator							
Reevaluare			Problema (actuală/ Potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator*)	Data la care urmează a se efectua serviciile	Data efectuării serviciilor	Nume și Prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data următoarei reevaluări
Data	Nume prenume evaluator	Semnătura evaluator							

*) Se vor înscrie servicii de îngrijire paliative conform anexei nr. 30 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../ 2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017.

RECOMANDARE
pentru îngrijiri medicale la domiciliu

Nr./.....***)

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate inclusiv
medicul de familie, unitatea sanitară cu paturi (spitalul)

..... C.U.I.

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

.....

1. Numele și prenumele asiguratului

2. Domiciliul

3. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare

.....

4. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:

.....
(Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va
utiliza clasificatia internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista
cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)

5. statusul de performanță ECOG*)

.....

6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(cu denumirea din anexa nr. 30
la ordin*1))

periodicitate/ritmicitate*2)

a)

.....

b)

.....

c)

.....

d)

.....

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la
domiciliu**)

.....

8. Codul medicului

Ștampila secției din care se
externează asiguratul și
semnătura șefului de secție

Ștampila furnizorului de servicii
medicale din ambulatoriul de
specialitate/asistență medicală primară

Data

Data

Semnătura și parafa medicului
care a avut în îngrijire
asiguratul internat

.....

Semnătura și parafa medicului din
ambulatoriul de specialitate/medicului
de familie

.....

*) statusul de performanță ECOG:

- statusul de performanță ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfășoare activități casnice, este
imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază
(igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare);

- statusul de performanță ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de
altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare).

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de
îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri.

***) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație.

*1) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../ 2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017;

*2) periodicitate/ritmicitate serviciilor recomandate se stabilește pentru fiecare tip de serviciu în parte, în concordanță cu diagnosticul, cu patologia pacientului și statusul de performanță ECOG al acestuia.

NOTĂ:

1. Termenul de valabilitate al recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării.

2. Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și nici recomandările medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, diagnosticul stabilit și statusul de performanță ECOG al acestuia.

RECOMANDARE
pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Nr. / (***)

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate, unitatea
sanitară cu paturi (spitalul) C.U.I.
.....

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate
.....

1. Numele și prenumele asiguratului
2. Domiciliul
3. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare
4. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:

.....
(Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va
utiliza clasificatia internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista
cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)

5. statusul de performanță ECOG*)

6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(din anexa nr. 30 la ordin*1))

- a)
- b)
- c)
- d)

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri paliative la
domiciliu**)

8. Codul medicului

Ștampila secției din care se
externează asiguratul și
semnătura șefului de secție

Ștampila furnizorului de servicii
medicale din ambulatoriul de
specialitate

Data
Semnătura și parafa medicului
care a avut în îngrijire
asiguratul internat
.....

Data
Semnătura și parafa medicului din
ambulatoriul de specialitate
.....

*) statusul de performanță ECOG:

- statusul de performanță ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfășoare activități casnice, este
imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază
(igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare)

- statusul de performanță ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de
altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare).

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile o dată în viață pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

**) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație.

*1) Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../ 2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016- 2017.

NOTĂ:

1. Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării.
2. Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

CONTRACT DE FURNIZARE de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

I. Părțile contractante

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

și

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu: reprezentat prin:

Persoana fizică/juridică având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, fax, adresă e-mail

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/ 2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

III. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate

ART. 2 Furnizorul prestează servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților, cuprinse în anexa nr. 30 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

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 2017.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu autorizați și evaluați, pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii 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 Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe

pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 186 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condițiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii de îngrijiri la domiciliu, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu 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 deducă spre soluționare 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 în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

B. Obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 7 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu referitoare la actul medical și ale asiguratului referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu; factura este însoțită de copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz, și documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

f) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

g) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 44 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

i) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților fără nicio discriminare;

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

l) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

m) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

n) 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 în procesul de transmitere a datelor;

o) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu prevăzute în pachetul de servicii de bază;

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

q) să nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, prevăzute în pachetul de servicii și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de îngrijiri și pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens, servicii de îngrijiri prevăzute în recomandare;

r) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, conform recomandărilor medicilor, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, ca o consecință a actului medical propriu, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016. Modelul formularului de recomandare este stabilit în anexa nr. 31 C/31 D la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de

Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini în condițiile prevăzute în anexa nr. 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016. Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/de îngrijiri paliative la domiciliu cu excepția unității sanitare cu paturi care are organizată și aprobată/avizată de Ministerul Sănătății structură de îngrijiri medicale la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continuă, nu poate efectua servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanți legali, medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, asociați, acționari, comanditari, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative, soț/soție sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu. Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale pentru îngrijiri medicale la domiciliu care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, diagnosticul stabilit și statusul de performanță ECOG al acestuia. În cazul nerespectării acestei prevederi contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază;

s) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată, pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;

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

t) să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

ț) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, în situația în care acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea, și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin anexa nr. 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

u) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri, în conformitate cu recomandările stabilite zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale, în condițiile stabilite prin anexa nr. 31 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

v) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate /adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

w) să utilizeze prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare, dacă medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu prescriu substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligația să informeze în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.

x) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, respectiv prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope,

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 furnizori contravaloarea medicamentelor prescrise, ce au fost eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează;

y) să recomande asiguraților substanțele și preparatele stupefiante și psihotrope în terapia durerii, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

z) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

aa) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguraților de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asiguraților de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ab) să transmită în platforma informatică din asigurațiile de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asiguraților de sănătate în condițiile lit. aa), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalități de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înțelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative acordate asiguraților pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabilește prin înmulțirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu.

Tariful maximal pe o zi de îngrijire la domiciliu este de lei, pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4 și tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraților cu status de performanță ECOG 3 este de lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu precum și costurile de transport la domiciliul asiguratului. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30 la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În caz contrar, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate / nr. minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG.

Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu stabilit conform celor de mai sus este prevăzut în decizia casei de asigurări de sănătate conform anexei nr. 31 A la ordin.

Tariful nu este element de negociere între părți.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este de cel mult 90 de zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape - episoade de îngrijire. Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(3) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabilește prin înmulțirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire paliativă la domiciliu.

Tariful maximal pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu este de lei pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4 și tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordată asiguraților cu status de performanță ECOG 3 este de lei.

În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu, precum și costurile de transport la domiciliul asiguratului. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu, conform recomandării pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 5 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii recomandate / număr minim de servicii (5) x tariful/zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG.

Tariful pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu stabilit conform celor de mai sus este prevăzut în decizia casei de asigurări de sănătate conform anexei nr. 31 A la ordin și rămâne nemodificat în situația în care numărul serviciilor de îngrijiri paliative stabilite de medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, în cadrul planului de îngrijire prevăzut în anexa nr. 31 B la ordin este mai mare față de cel prevăzut în recomandare, conform anexei nr. 31 D la ordin.

(4) În situația în care numărul serviciilor de îngrijiri paliative stabilite de medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul planului de îngrijire conform anexei nr. 31 B la ordin și efectuate de furnizor, este mai mic față de numărul serviciilor recomandate, tariful prevăzut în decizie se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor cuprinse în cadrul planului de îngrijire, conform formulei:

Număr servicii cuprinse în cadrul planului de îngrijire / număr de servicii conform recomandării x tariful/zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG și prevăzut în decizie.

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.

(5) 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 în regim de spitalizare continuă, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

(6) 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. 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

În situația în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

(7) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcție de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat și validat, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat și de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(8) În situația în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

ART. 9 (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul

VII. Calitatea serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 10 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

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

ART. 12 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu sau persoana fizică furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este direct răspunzător/răspunzătoare de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 13 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și 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 situații:

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

b) 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;

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

d) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoțite de copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz, și de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 15 alin. (1) și (2), pentru fiecare situație;

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. q), r), s) și u).

ART. 15 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. b), c), e) - o), ș), t), v), w), y) și z) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) 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 structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că 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 sumelor potrivit alin. (1) și (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plata directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situații:

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

a1) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 17 lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

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

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip 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 de același tip cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

ART. 17 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. 118 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. p), 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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu a obligației de plată a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2) și a3) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu declarat în contract.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile calendaristice înaintea datei la care se dorește modificarea.

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

ART. 21 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

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

Vizat
Juridic, Contencios
.....

FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE
LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE
LA DOMICILIU
Reprezentant legal,
.....

**CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN
ASISTENȚA DE RECUPERARE MEDICALĂ ȘI RECUPERARE, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI
BALNEOLOGIE ÎN SANATORII, INCLUSIV SANATORII BALNEARE
ȘI PREVENTORII**

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ CUPRINDE:

1. Serviciile de recuperare medicală sunt servicii acordate în regim de spitalizare în sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare.

1.1 Servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în sanatorii balneare

Tipul de asistență balneară	Durata maximă*)
Servicii de recuperare, medicină și balneologie	14 - 21 zile/an/asigurat acordate într-un singur episod care cuprinde minim 4 proceduri/zi

*) Serviciile medicale acordate peste durata de spitalizare de 21 de zile se suportă în întregime de către asigurați. Serviciile medicale se acordă și pentru durate mai mici de 14 zile.

1.1.1 Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie în sanatorii balneare, eliberate de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Criteriile de eliberare a biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie au în vedere patologia specifică și afecțiunile asociate ale asiguratului cu specificul de tratament balnear.

1.1.2 Serviciile se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie, cu încadrarea în prevederile mai sus menționate.

1.2 Servicii medicale de recuperare medicală acordate în sanatorii altele decât balneare și preventorii

1.2.1 Serviciile medicale de recuperare medicală acordate în alte sanatorii decât cele balneare și în preventorii sunt servicii acordate în regim de spitalizare, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate care își desfășoară activitatea în aceste unități.

1.2.2. Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare medicală eliberate de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

**B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE
UNIUNII EUROPENE / SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN / CONFEDERAȚIA
ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR / DOCUMENTELOR EUROPENE
EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN**

ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii de recuperare medicală acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, se acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală de recuperare, în sanatorii și preventorii

ART. 1 (1) Suma negociată și contractată de sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, de furnizori constituiți conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare și de preventoriile cu sau fără personalitate juridică, cu casele de asigurări de sănătate, se stabilește pe baza următorilor indicatori specifici în funcție de care se stabilește capacitatea maximă de funcționare:

a) număr de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, și preventoriilor, având în vedere numărul de posturi aprobate potrivit legii;

b) număr de paturi stabilit conform structurii organizatorice aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii;

c) numărul de paturi contractabile cu încadrarea în planul de paturi la nivel județean, stabilit prin ordin al ministrului sănătății; numărul de paturi contractabile se stabilește de comisia prevăzută la art. 4 alin. (1) lit. a) punctul 3 din anexa 23 la ordin; indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național luat în calcul la stabilirea capacității maxime este de 250 de zile pentru sanatorii balneare/secții sanatoriale balneare din spitale și 320 de zile pentru sanatorii/secții sanatoriale din spitale altele decât cele balneare și preventorii;

d) număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel național;

e) durata de spitalizare conform anexei nr. 25 la ordin sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată; pentru situațiile la care este prevăzută durată de spitalizare în anexa 25 la ordin se va lua în calcul această durată, dacă durata de spitalizare efectiv realizată este mai mare decât aceasta, respectiv durata de spitalizare efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin;

f) tariful pe zi de spitalizare negociat;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2016;

h) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii, în vigoare la data încheierii contractului.

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie / recuperare medicală, încheiat de casele de asigurări de sănătate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, și preventoriile, precum și suma contractată cu spitalele în baza contractului de furnizare servicii medicale pentru secțiile sanatoriale se stabilește prin negociere astfel:

Număr de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare negociat

a) numărul de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel național.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal.

Tarif maximal pe zi de spitalizare (lei)

1. Sanatorii balneare/secții sanatoriale balneare din spitale	129
2. Sanatorii/secții sanatoriale din spitale altele decât cele balneare	121
3. Preventorii	68

NOTĂ:

Pentru sanatoriile balneare/secțiile sanatoriale balneare din spitale, suma contractată și decontată de casele de asigurări de sănătate este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților.

(3) Contribuția personală a asiguraților pentru asistență balneară în sanatorii balneare/secții sanatoriale balneare din spitale reprezintă 35% din tariful/zi de spitalizare negociat, tarif care nu poate fi mai mare decât tariful maximal pe zi de spitalizare prevăzut la alin. (2) lit. b) punctul 1.

(4) 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 au fost acordate în unități sanitare de stat.

- pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare.

- pentru beneficiarii Legii recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987 nr. 341/2004, cu modificările și completările ulterioare, partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Afacerilor Interne și Ministerului Apărării Naționale.

(5) Pentru serviciile medicale de recuperare medicală, acordate în sanatorii, altele decât cele balneare și în preventorii nu se percepe contribuție din partea asiguraților.

ART. 2 (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și recuperare medicală, efectuate în sanatorii/secțiile sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face de către casele de asigurări de sănătate în raport cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și cu tariful pe zi de spitalizare, cu încadrarea în valoarea contractului, diminuat în cazul sanatoriilor balneare/secțiilor sanatoriale balneare din spitale, cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

(2) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și a serviciilor de recuperare medicală, efectuate în sanatorii/secții sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face din fondul cu destinația servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și recuperare medicală în unități sanitare cu paturi.

ART. 3 Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiționat și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilită prin acte normative. Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, și cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 4 Sanatoriile și preventoriile din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat, în condițiile prevederilor legale în vigoare.

ART. 5 (1) Sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile sunt obligate să suporte pentru asigurații internați cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile contractului-cadru și prezentelor norme, sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a sanatoriilor, inclusiv cele balneare și a preventoriilor și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 6 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalchează de către sanatorii și preventorii pe trimestre și luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

Lunar, casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata sumelor corespunzătoare serviciilor medicale realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate, în baza facturii și a documentelor justificative ce se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative ce se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse/transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, sanatoriile și preventoriile vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, acestea depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secție numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieșite din lista de prioritate în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului în lista de prioritate.

(2) Activitatea realizată se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

Decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate
- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare/secțiilor sanatoriale balneare din spitale, cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

2. Trimestrial, se fac regularizări și decontări, în limita sumei contractate, în funcție de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate de la 1 aprilie 2017 până la sfârșitul trimestrului respectiv,
- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare/secțiilor sanatoriale balneare din spitale cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mic decât numărul de zile contractate, decontarea se face la numărul de zile efectiv realizat.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mare decât numărul de zile contractate decontarea se va face la nivelul contractat.

Pentru trimestrul I 2017 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

(3) Regularizarea și decontarea trimestrială se face până în ultima zi a lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale de la data de 1 aprilie 2017 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 până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

ART. 7 Medicii care își desfășoară activitatea în sanatorii/preventorii au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital - cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la

momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

ART. 8 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie, sau la solicitarea organizațiilor județene ale furnizorilor întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare, pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 9 Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și recuperare medicală (sanatorii, preventorii) vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare conform prevederilor din anexa 22 A la ordin.

ART. 10 Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2017 cu destinația servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și recuperare medicală în unități sanitare cu paturi, se contractează de către casele de asigurări de sănătate prin acte adiționale la contractele inițiale pentru anul 2017. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare condițiile avute în vedere la contractare și indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii inițiale de contract/actelor adiționale, precum și nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractați.

CONTRACT**de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de recuperare medicală și recuperare, medicină fizică și balneologie în sanatorii și preventorii****I. Părțile contractante**

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

și

Sanatoriul/Preventoriul/Secția sanatorială sau compartiment sanatorial din spital/furnizorii constituiți conform Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare având sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon fix/mobil, e-mail fax reprezentat prin

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare medicală și recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

III. Serviciile medicale de recuperare medicală și recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în sanatorii și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

ART. 2 Serviciile medicale de recuperare medicală și recuperare, medicină fizică și balneologie, în sanatorii și preventorii, se acordă în baza biletelor de trimitere eliberate de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2017.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

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

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr.

161/2016, 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 Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 186 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/ notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

i) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în anexa 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

j) să țină evidența serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență acesta;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale în cazul serviciilor medicale acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical și ale asiguratului referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

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

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

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

- l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- m) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;
- n) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetul de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- o) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;
- p) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista 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, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;
- q) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;
- r) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- s) 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 în procesul de transmitere a datelor;
- ș) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;
- t) să încaseze sumele reprezentând contribuția personală pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;
- ț) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare cu paturi sau în ambulatoriu și prescripția medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;
- u) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

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

w) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

x) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar, transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandări de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

y) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

z) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

aa) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz; în acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, se depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secție numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieșite în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului;

ab) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate /adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ac) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

ad) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ae) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

af) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile

acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ag) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. af) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Suma pentru sanatorii balneare/secții sanatoriale balneare din spitale prevăzută în prezentul contract se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza și de tariful/zi de spitalizare negociat.

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 35%	6 = 4 - 5
Servicii de recuperare, medicină fizică și balneologie					

(2) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii/secțiile sanatoriale din spitale, altele decât cele balneare, și preventorii este de lei și se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat și tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu negociat de lei/zi de spitalizare.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale contractate stabilită pentru anul 2017 se defalchează lunar și trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I lei,
din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei
 - luna IX lei
 - Suma aferentă trimestrului IV lei,
- din care:
- luna X lei
 - luna XI lei
 - luna XII lei.

(4) Pentru sanatoriile balneare/secții sanatoriale balneare din spitale suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

ART. 8 (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală și recuperare, medicină fizică și balneologie, contractate se face conform prevederilor art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

(2) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse/transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până în ultima zi a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract de la data de 1 aprilie 2017 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 până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(4) Contractarea și decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală și recuperare, medicină fizică și balneologie, se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

ART. 9 Plata serviciilor medicale de recuperare medicală și recuperare, medicină fizică și balneologie, se face în contul nr. deschis la Trezoreria statului sau în contul nr., deschis la Banca

ART. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la art. 6 lit. b) - u), w) - ac) și ae) atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 1% la valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 9% la valoarea de contract lunară.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 6 lit. ad), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(3) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (2), nerespectarea obligației prevăzută la art. 6 lit. ad) se constată de casele de asigurări de sănătate 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 potrivit alin. (1) și alin. (2) lit. b) și c) 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) lit. b) și c) depășește prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) și alin. (2) lit. b) și c) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și alin. (2) lit. b) și c) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

VII. Calitatea serviciilor medicale

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 cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 14 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

ART. 15 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nici o obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea și suspendarea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale, 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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative.

(2) În situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

b) acordul de voință al părților;

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

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

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 și a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poștă electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului declarat în contract.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica, prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare, cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală acordată în sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/al documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

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

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

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

Director executiv al Direcției economice,
.....

Director executiv al Direcției Relații
contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

**MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ȘI DECONTARE
a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu**

ART. 1 (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală care se acordă în tratamentul ambulatoriu se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și în cazuri justificate, prescripția medicală electronică off-line.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescrierea preparatelor stupefiante și psihotrope se realizează conform reglementărilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare. Prescripția medicală cu regim special este utilizată pentru preparatele stupefiante și psihotrope și își păstrează regimul de prescripție medicală cu regim special.

Pentru prescripțiile medicale electronice off-line, în cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată de către persoana care a completat inițial datele, pe toate formularele.

(2) Pentru eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală care se acordă în tratamentul ambulatoriu se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line (componenta eliberare), cu excepția situațiilor prevăzute la art. 200 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, în care se utilizează prescripția medicală electronică off-line (componenta eliberare).

(3) Prescripția medicală electronică on-line și off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

Prescripția medicală electronică on-line și off-line are două componente obligatorii: componenta care se completează de către medicul prescriptor și o componentă care se completează de farmacist, denumite în continuare componentă prescriere, respectiv componentă eliberare. Prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă are și o componentă facultativă utilizată numai pentru eliberarea fracționată atât în ceea ce privește numărul medicamentelor cât și cantitatea din fiecare medicament denumită în continuare componenta eliberare pentru pacient.

Seria și numărul prescripției medicale electronice on-line și off-line sunt unice, sunt generate automat prin sistemul de prescriere electronică de la nivelul caselor de asigurări de sănătate și sunt atribuite fiecărui furnizor de servicii medicale, respectiv fiecărui medic care are încheiată convenție pentru prescriere de medicamente.

Casele de asigurări de sănătate vor atribui furnizorilor de servicii medicale, respectiv medicilor care au încheiate convenții pentru prescriere de medicamente un număr de prescripții medicale electronice on-line și off-line, la solicitarea acestora și organizează evidența prescripțiilor medicale electronice on-line și off-line atribuite.

(4) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, acesta listează un exemplar al prescripției medicale (componenta prescriere) care poartă confirmarea semnăturii electronice extinse și îl înmânează asiguratului pentru depunerea la farmacie și poate lista un alt exemplar al prescripției electronice (componenta prescriere) care rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie.

Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripției electronice on-line (componenta eliberare) - ce conține confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, pe care îl păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului, dacă nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției sau de persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia și nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(5) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică extinsă, acesta listează obligatoriu două exemplare pe suport hârtie (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a se depune de către acesta la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie prescripția medicală electronică (componenta eliberare), cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, pe care o păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) și o va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului, dacă nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia și nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(6) În cazul prescrierii electronice off-line, medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripției medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie și două exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare a prescripției cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea decontării.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, dacă nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției sau de

persoana care ridică medicamentele în numele acestuia și eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia, nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(7) În cazul prescrierii electronice on-line și off-line, pentru situațiile prevăzute la art. 200 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, farmaciile eliberează medicamentele în regim off-line.

Farmacia completează componenta eliberare off-line a prescripției și listează două exemplare pe suport hârtie cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului și cu semnătura asiguratului sau de persoana care ridică medicamentele; un exemplar se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) și un exemplar se înaintează casei de asigurări de sănătate.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) se semnează de către beneficiarul prescripției sau de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, identificarea făcându-se prin prezentarea cărții de identitate/buletinului de identitate/pașaportului.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(8) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris. Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studentești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile.

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie.

Medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile.

Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare. Perioadele pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevăzute la art. 2 alin. (1) și alin. (3).

(9) Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității

Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități, cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, și cu medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul convenției este cel prevăzut în anexa nr. 41 la ordin. Prin medici/medici dentiști din cabinetele școlare și studențești se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.

(10) Prescripțiile medicale aferente medicamentelor în regim de compensare 100% din prețul de referință se eliberează în următoarele situații:

a) pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravide și lehuze, tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți;

b) pentru bolile cronice aferente unor grupe de boli conform prevederilor legale în vigoare;

c) pentru persoanele prevăzute în legile speciale, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(11) Pentru a beneficia de medicamente conform art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum și o declarație pe propria răspundere din care să rezulte faptul că realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei pe lună, iar acesta va consemna în fișa medicală a pensionarului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și va anexa la fișa medicală declarația dată pe propria răspundere de către pensionar.

În situația în care la nivelul cabinetului medical nu există declarație dată pe propria răspundere de către pensionar anexată la fișa medicală (câte una pentru fiecare prescripție eliberată de medic sau aceeași declarație actualizată prin semnătura pensionarului și dată - cu ocazia celorlalte prescripții medicale eliberate de medic) precum și înscrisuri privind numărul talonului și cuantumul pensiei (talon de pensie în original sau copie sau nu sunt consemnate în fișa pacientului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei) pentru prescripție eliberată de medic, răspunderea revine medicului prescriptor.

În situația în care la nivelul cabinetului medical există declarație dată pe propria răspundere de către pensionar anexată la fișa medicală (câte una pentru fiecare prescripție eliberată de medic sau aceeași declarație actualizată prin semnătura pensionarului și dată - cu ocazia celorlalte prescripții medicale eliberate de medic) precum și înscrisuri privind numărul talonului și cuantumul pensiei (talon de pensie în original sau copie sau sunt consemnate în fișa pacientului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei) pentru prescripția eliberată de medic, dar se dovedește că declarația dată pe propria răspundere dată de către pensionar nu este conformă realității, răspunderea nu revine medicului prescriptor, ci asiguratului (pensionarului).

ART. 2 (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat este de până la 30 - 31 de zile.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt incluși în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecință a actului medical prestat de alți medici de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o

altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

(3) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale.

Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

(4) Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului - în urma unui episod de spitalizare continuă/spitalizare de zi, cuprinde medicația pentru maximum 30/31 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1).

(5) Prescripția medicală pentru afecțiunile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecțiunile acute și subacute prescripția medicală este valabilă maximum 48 de ore. Prescripția medicală electronică on-line pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile pentru care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, și care se eliberează de mai multe farmacii atât în ceea ce privește numărul, cât și cantitatea din fiecare medicament, este valabilă maximum 92 zile de la data emiterii acesteia în funcție de numărul de zile pentru care s-a făcut prescrierea.

ART. 3 Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre și litere.

ART. 4 (1) Prescripția medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informațiile solicitate în formularul de prescripție medicală electronică aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/în prescripția cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice/prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

ART. 5 (1) În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, în limita competențelor legale pe care le au și în concordanță cu diagnosticul menționat pe formularul de prescripție medicală emis.

Medicii de familie pot prescrie medicamente atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca o consecință a actului medical prestat de alți medici în următoarele situații:

a) când pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală cu respectarea restricțiilor de prescriere prevăzute în protocoalele terapeutice.

În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital, cu respectarea restricțiilor de prescriere prevăzute în protocoalele terapeutice.

b) la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală;

c) în cadrul "Programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", pe baza scrisorii medicale transmisă de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din spitale sunt obligați să prescrie asiguraților, la externare, medicamente în limita specialității și a consultațiilor interdisciplinare evidențiate în foaia de observație, luându-se în considerare medicația prescrisă anterior și în coroborare cu schema de tratament stabilită la externare, dacă se impune eliberarea unei prescripții medicale.

(3) În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie/medicul din ambulatoriul de specialitate poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice și a restricțiilor de prescriere din protocoalele terapeutice.

(4) Medicii care își desfășoară activitatea la furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare privind condițiile de prescriere a medicamentelor.

(5) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale (DCI), iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice și al medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumire comercială, cu excepția produselor biologice și a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat, justificarea medicală va avea în vedere reacții adverse raportate prin sistemul național de farmacovigilență, ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiași DCI sau particularizarea schemei terapeutice, inclusiv pentru DCI - Combinații.

ART. 6 Prescripțiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

ART. 7 (1) Eliberarea medicamentelor se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente respectiv are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract/convenție medicul prescriptor.

(2) Pentru prescripția medicală electronică on-line și off-line în care medicul prescriptor are sau nu are semnătură electronică extinsă, în situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripție, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripție numai cu medicamentele eliberate și va lista un exemplar al acesteia pe care primitorul semnează, cu precizarea poziției/pozițiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care renunță, și care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. În această situație medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio altă farmacie.

Pentru prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie și la care asiguratul nu renunță și care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamente va lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate și care va fi înmănat asiguratului/primitorului în numele acestuia pentru a se prezenta la altă farmacie, precum și un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor art. 1 alin.(4) - care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

Pentru prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, emisă pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, la cererea asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia, cantitatea de medicamente prescrise se poate elibera fracționat de către una sau mai multe farmacii. Prima eliberare se va face în maximum 30 de zile de la data emiterii componentei prescriere. Fiecare eliberare fracționată se va face cu respectarea cantității lunare din fiecare medicament determinată în funcție de cantitatea înscrisă de medic în componenta prescriere. Farmacia/Farmacile care a/au eliberat medicamente fracționat va/vor lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate și care va fi înmănat asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia pentru a se prezenta ulterior, în termenul de valabilitate a prescripției, la aceeași sau la o altă farmacie, precum și un exemplar al

componentei eliberare - cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (4) care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. Farmacia care eliberează ultima fracțiune din medicamentele prescrise nu va mai lista componenta eliberare pentru pacient.

Pentru prescripția medicală electronică off-line sau on-line în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică, prescripția se poate elibera numai de către o singură farmacie.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și sublista D, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul acelui DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție - componenta eliberare. În toate situațiile farmacia eliberează medicamentele corespunzătoare formei farmaceutice aferente căii de administrare și concentrației prescrise de medic.

(3) Înscrierea prețurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist pentru medicamentele eliberate pe componenta eliberare a prescripției medicale.

(4) Farmacistul notează prețurile de vânzare cu amănuntul, sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament și sumele ce reprezintă contribuția personală a asiguratului, pe care le totalizează.

(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B și D asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate.

(6) Farmaciile au obligația să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale acelui DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului, înregistrată la furnizor, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie. Solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens.

Face excepție de la obligația farmaciei de a se aproviziona în maximum 24/48 de ore cu medicamente situația în care farmacia se află în imposibilitatea aprovizionării cu medicamente, din motive independente de aceasta și pe care le poate justifica cu documente în acest sens.

ART. 8 Prescripțiile cu destinație pediatrică se decontează numai pentru medicamentele de folosință pediatrică, conform indicațiilor producătorului de medicamente, cu excepția cazurilor justificate în care vârsta și greutatea pacientului impun utilizarea unei alte forme farmaceutice adecvate sau a unui alt medicament adecvat, după caz.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate decontează numai medicamentele cu denumirile comerciale prevăzute în Lista cu medicamente (denumiri comerciale), elaborată pe baza Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

ART. 10 (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:

a) medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)¹, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

b) medicamentele prescrise de medicul de familie ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de medicina muncii, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

- c) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de card european;
- d) medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;
- e) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene.

(2) Borderoul centralizator prevăzut la alin. (1) nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, nici medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

(3) Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidențierea medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de card european, medicamentelor din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 cu modificările și completările ulterioare, după caz.

(4) În borderourile centralizatoare se specifică suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi distincte pentru fiecare borderou centralizator. În factura aferentă fiecărui borderou centralizator sunt evidențiate distinct sumele corespunzătoare subtotalurilor din borderoul centralizator.

(5) Modelul borderourilor centralizatoare se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 11 (1) Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație. Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

(2) Acordarea medicamentelor și a unor materiale sanitare specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se realizează în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate în vigoare și a normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiționale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinație, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 12 În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, farmaciile transmit 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, facturile și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă și înaintează componenta prescriere și eliberare pentru prescripțiile electronice off-line, precum și prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

ART. 13 Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților efectuate.

ART. 14 (1) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și metoda de calcul pentru sublistele A, B, D și C - secțiunile C1 și C3 din sublistă, aprobată

prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro, și se actualizează în următoarele condiții:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului;

b) ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea/modificarea listei de medicamente - denumiri comerciale; lista se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în termen de 15 zile de la actualizarea CANAMED și intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată;

c) în situația în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piață care a obținut aprobarea Ministerului Sănătății pentru un preț de vânzare cu amănuntul pe unitate terapeutică mai mic decât prețul de referință pentru medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublistă D, cu excepția medicamentelor al căror DCI este prevăzut în lista prevăzută la lit. a) și care nu au nici un medicament – denumire comercială în lista prevăzută la alin. (1).

Deținătorul autorizației de punere pe piață a medicamentului, prin reprezentantul său legal, declară pe propria răspundere că asigură medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților și are capacitatea de a-l distribui, conform prevederilor legale în vigoare în farmaciile aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția medicamentelor existente în lista menționată la prezentul alineat pentru care prețul a fost diminuat prin ordin al ministrului sănătății și a medicamentelor autorizate pentru nevoi speciale.

d) Pentru situațiile prevăzute la lit. a) - c) se au în vedere prevederile art. 144 alin. (5) - (8) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016 cu modificările și completările ulterioare.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele la prețurile de referință stabilite în condițiile prevăzute la alin. (1), indiferent de data la care a fost completată prescripția medicală de către medic, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (5).

ART. 15 Eliberarea și decontarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților se fac în limita fondului aprobat cu această destinație.

ART. 16 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2016 se efectuează în ordine cronologică până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului și a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, casele de asigurări de sănătate decontează medicamentele care fac obiectul acestor contracte, cu excepția celor prevăzute la art. 12 alin. (8) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin Legea nr. 184/2015, în termen de 60 de zile de la validarea facturii.

(3) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (1) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data transmiterii/depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. În situația în care, urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în centralizatoarele de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(4) Pentru contractele cost-volum-rezultat durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (2) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(5) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la constatare să comunice furnizorului, în scris, motivele nevizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori, fără a se depăși termenul prevăzut la alin. (3).

ART. 17 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la solicitarea organizațiilor județene ale furnizorilor întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală din partea asiguraților în tratamentul ambulatoriu, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 18 Formularele pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate aferente protocoalelor terapeutice pentru medicamentele notate cu $(**)^1$, $(**)^1\Omega$ și $(**)^1\beta$ în Lista 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, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului, și a metodologiei de transmitere a acestora în PIAS se aproba prin ordin al președintelui CNAS și se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro.

CONTRACT**de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate****I. Părțile contractante:**

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

și

- Societatea farmaceutică, reprezentată prin

- Farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentată prin,

având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fax e-mail, și punctul în comuna, str. nr.

II. Obiectul contractului:

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu:

ART. 2 Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului, a reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017 cu modificările și completările ulterioare, și a reglementărilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

ART. 3 Furnizarea medicamentelor și materialelor sanitare se va desfășura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societății:

1. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

2. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

3. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

NOTĂ: Se vor menționa și oficiile locale de distribuție cu informațiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2017.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților:

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai cu furnizorii de medicamente autorizați și evaluați conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web, lista acestora, pentru informarea asiguraților; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, modificările intervenite în lista acestora, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

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

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

d) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală, la termenele prevăzute în anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

e) să urmărească lunar, în cadrul aceleiași DCI, raportul dintre consumul de medicamente, al căror preț pe unitate terapeutică/preț de vânzare cu amănuntul, după caz, este mai mic sau egal cu prețul de referință, și total consum medicamente; să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun;

f) să informeze furnizorii de medicamente în prealabil, într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 186 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la condițiile de contractare și la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative; să informeze furnizorii de medicamente cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate.

g) să înmâneze, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de medicamente, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; 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;

h) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relațiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi; să publice și să actualizeze în timp real, pe site-ul casei de asigurări de sănătate, numele și codul de parafă ale medicilor care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

i) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

j) să publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se află în relație contractuală și care participă la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție

personală în tratamentul ambulatoriu în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții;

k) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente, prin publicare zilnică pe pagina web proprie, situația fondurilor lunare aprobate și a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârșitul lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor;

l) să publice lunar, pe pagina web proprie, totalul plăților efectuate în luna anterioară către furnizorii de medicamente.

B. Obligațiile furnizorilor de medicamente

ART. 7 Furnizorii de medicamente au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublista D din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens;

c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative cu privire la tipul, cantitatea și datele de identificare a medicamentelor achiziționate conform documentelor financiar-contabile privind înregistrarea activității de primire a medicamentelor (codul de identificare a medicamentului, detinatorul de APP, lotul și data de expirare) și evidențiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare achiziționate, aceasta sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective; în situația în care, urmare a controlului desfășurat de către instituțiile abilitate, se stabilește vinovăția furnizorului, potrivit legii, contractul în derulare se reziliază de plin drept de la data luării la cunoștință a notificării privind rezilierea contractului, emisă în baza deciziei executorii dispusă în cauza respectivă, cu recuperarea contravalorii tuturor medicamentelor eliberate de furnizor în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate în perioada verificată de instituțiile abilitate și decontată de către de casa de asigurări de sănătate.

d) să verifice prescripțiile medicale off-line și cele pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice off-line/prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, referitoare la numărul de medicamente, cantitatea și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic, pentru prescripțiile medicale off-line și cele pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor.

g) să întocmească și să prezinte/transmită caselor de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare medicamente, în condițiile stabilite în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu;

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv în ceea ce privește confirmarea semnăturii electronice de către farmacist pe componenta eliberare a prescripției electronice on-line în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

i) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat conform legii;

j) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale; să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție de către aceasta;

k) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie; să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții, și să afișeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabilește în conformitate cu prevederile legale în vigoare; programul poate fi modificat prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

l) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract sau convenție în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale eliberate, în situațiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

m) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii "anulat", DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe exemplarele prescripției medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale eliberate pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

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

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

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

q) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de medicamente; pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale off-line, urmând ca facturile să se transmită/depună la

casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi pentru prescripțiile medicale eliberate cu medicamentele ce fac obiectul contractului cost-volum-rezultat, cu excepția prescripțiilor medicale eliberate aferente pacienților pentru care nu a fost înregistrat rezultatul medical, astfel cum acesta a fost definit prin contractul cost-volum-rezultat, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate;

r) să se informeze asupra condițiilor de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu;

s) să elibereze medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublista D, din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe prescripție - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe prescripție - componenta eliberare;

ș) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

t) să anunțe casa de asigurări de sănătate cu privire la modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; în cadrul contractului încheiat cu o casă de asigurări de sănătate, furnizorii care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, pentru situațiile în care asistentul de farmacie sau farmacistul este mutat în vederea desfășurării activității la oricare farmacie/oficină de distribuție a furnizorului din cadrul aceluiași contract cu casa de asigurări de sănătate nu este necesară încheierea unui act adițional ci doar anunțarea casei de asigurări de sănătate despre această modificare;

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

u) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, format pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, situația consumului de medicamente corespunzătoare substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope eliberate de farmacii;

v) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016, privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente, cantitatea și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic;

w) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta este pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării medicamentelor de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării medicamentelor. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua eliberării medicamentelor și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

x) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor - farmacii/oficine, precum și dovada

asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic: farmaciștii și asistenții de farmacie, care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;

y) 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/Confederației Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

z) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, odată cu raportarea lunară conform lit. q), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

aa) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri/înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală acordate pe teritoriul României, și să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, odată cu raportarea lunară conform lit. q), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

ab) să nu elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prin farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract sau prin alte puncte de desfacere medicamente, farmacii/oficine locale de distribuție decât cele prevăzute în contract.

ac) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării medicamentelor, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate; medicamentele din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ad) să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripției, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ae) să folosească sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; asumarea medicamentelor eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată;

af) să elibereze conform prevederilor legale în vigoare și să întocmească evidențe distincte, pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

VI. Modalități de plată

ART. 8 (1) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor documente: facturi și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă, componenta prescriere și eliberare pentru prescripțiile electronice off-line, precum și prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante. În situația în care în același formular de prescripție se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:

a) medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)¹, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

b) medicamentele prescrise de medicul de familie ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de medicina muncii, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

c) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de card european;

d) medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

e) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene.

Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, și nici medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublistă B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidențierea medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de card european, medicamentelor din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistă B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, după caz.

În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, farmaciile transmit 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, facturile și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă și înaintează componenta prescriere și eliberare pentru prescripțiile electronice off-line, precum și prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante. Pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale off-line, urmând ca facturile să se transmită/depună la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

(2) Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiționale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinație, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 9 (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun/transmit la casele de asigurări de sănătate până la data de a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

(2) Documentele necesare decontării, respectiv facturile și borderourile centralizatoare în format electronic, se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă a reprezentanților legali ai furnizorilor.

ART. 10 (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție, în mod nejustificat a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract, precum și în cazul nerespectării obligației de la art. 7 lit. p) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare diminuarea cu 5% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

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 de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - f), h), j) - o), q) - w), y) - aa), ad) și af) se aplică următoarele sancțiuni:

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.

Pentru nerespectarea obligației prevăzute 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 cunoștința casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

(3) Reținerea sumei potrivit alin. (1) și (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

(6) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciștilor din România, cu privire la aplicarea fiecărei sancțiuni pentru nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. p), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competență.

ART. 11 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2017 se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului și a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, casele de asigurări de sănătate decontează medicamentele care fac obiectul acestor contracte, cu excepția celor prevăzute la art. 12 alin. (8) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin Legea nr. 184/2015, în termen de 60 de zile de la validarea facturii.

(3) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzută la alin. (1) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de

sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maxim 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(4) Pentru contractele cost-volum-rezultat durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (2) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(5) 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. (3) 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 și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăților.

VIII. Clauză specială

ART. 15 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului, și care împiedică executarea acestuia este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

IX. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

c) în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a autorizației de funcționare;

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

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

f) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1); pentru societățile 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) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății se aplică măsurile prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/aceeași oficiu locală de distribuție din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

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

h) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (2); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. b) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

i) în cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor și/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

j) la prima constatare în cazul nerespectării obligației prevăzută la art. 7 lit. ab).

(2) Pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), g), h) și j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. f), g), q), t), u) și ab) - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 16 alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încetează în următoarele situații:

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

a1) furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

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

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 18 alin. (1) lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Prevederile referitoare la condițiile de încetare se aplică societății farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

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

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

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

(6) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, nominalizate în contract, prevederile alin. (3), (4) și (5) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre acestea.

ART. 18 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricărui act dintre documentele prevăzute la art. 140 alin. (1) lit. a) - d) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. x), 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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de medicamente a termenelor de plată a contribuției la Fond de la data constatării acestui fapt de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi ori până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Prevederile referitoare la condițiile de suspendare se aplică societății farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

ART. 19 În situația în care prin farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile farmaceutice și casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societățile respective pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuție cuprinse în aceste contracte.

ART. 20 (1) Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a2, a3 și lit. c) se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 și lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența

ART. 21 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul farmaciei 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.

XI. Modificarea contractului

ART. 22 (1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 23 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 24 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 25 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIII. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, a fost încheiat astăzi în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
.....

Director executiv al
Direcției Economice,
.....

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

Vizat
Juridic, Contencios
.....

FURNIZOR DE MEDICAMENTE ȘI MATERIALE
SANITARE

Reprezentant legal,
.....

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ PENTRU DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN AMBULATORIU

A. PACHET DE BAZĂ PENTRU DISPOZITIVELE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN AMBULATORIU

1. 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

1.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda 2 proteze auditive dacă medicii de specialitate recomandă protezare bilaterală.

1.2. 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 de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

2. Dispozitive pentru protezare stomii

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	1 set*)/lună (30 bucăți)
		b) sac colector pentru urostomie	1 set*)/lună (15 bucăți)
2	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ ileostomie (flanșă - suport și sac colector)	1 set**)/ lună
		b) pentru urostomie (flanșă - suport și sac colector)	1 set**)/ lună

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

**) Un set de referință este alcătuit din 4 flanșe suport și 15 saci colectori. În situații speciale, la recomandarea medicului de specialitate, componența setului de referință poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set de referință.

2.1. Se va prescrie doar unul din sisteme A sau B, pentru fiecare tip.

2.2. Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda două seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie.

2.3. Pentru asigurații cu colostomie/ileostomie dublă, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda două seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

2.4. Durata prescripției – pentru maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru pacienții care nu au stome permanente și de maximum 12 luni pentru pacienții care au stome permanente.

3. Dispozitive pentru incontinență urinară

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Condom urinar		1 set*)/lună (30 bucăți)
2	Sac colector de urină***)		1 set*)/lună (6 bucăți)
3	Sonda Foley		1 set*)/lună (4 bucăți)
4	Cateter urinar**)		1 set*)/lună (120 bucăți)
5	Banda pentru incontinență urinară****)		

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

**) se recomandă numai pentru retenție urinară, pentru vezică neurogenă și obstrucție canal uretral, la recomandarea medicului de specialitate neurologie, neurologie pediatrică, urologie, recuperare, medicină fizică și balneologie, oncologie și chirurgie pediatrică,

***) Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă și nefrostomie bilaterală, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de saci colectori de urină.

****) Se acordă o singură dată în viață.

3.1. Pentru dispozitivele prevăzute la poz. 1 – 4, durata prescripției este pentru maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru pacienții care nu au incontinență urinară permanentă și de maximum 12 luni pentru pacienții care au incontinență urinară permanentă.

4. 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) geriatrică	2 ani
		c) modulară	4 ani
		d) modulară cu manșon de	4 ani

		silicon	
4	Proteză pentru dezarticulația de genunchi	modulară	4 ani
5	Proteză de coapsă	a) combinată	2 ani
		b) din plastic	2 ani
		c) cu vacuum	2 ani
		d) geriatrică	2 ani
		e) modulară	4 ani
		f) modulară cu vacuum	4 ani
		g) modulară cu manșon de silicon	4 ani
6	Proteză de șold	a) convențională	2 ani
		b) modulară	4 ani
7	Proteză parțială de bazin hemipelvectomy	a) convențională	2 ani
		b) modulară	4 ani

4.1. Termenul de înlocuire de 2, respectiv 4 ani se consideră de la momentul în care asiguratul a intrat în posesia protezei definitive, dacă acesta a beneficiat și de proteză provizorie.

4.2. 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 de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

4.3. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

4.4 Proteza de coapsă modulară cu manșon de silicon și proteza de gambă modulară cu manșon de silicon se acordă pentru amputație ca urmare a complicațiilor diabetului zaharat și ca urmare a afecțiunilor neoplazice la nivelul membrului inferior, la recomandarea medicului de specialitate ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală, chirurgie vasculară, chirurgie pediatrică, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice.

5. Proteze pentru membrul superior

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parțială de mână	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională	2 ani
		c) de deget funcțională simplă*)	2 ani
2	Proteză de dezarticulație de încheietură a mâinii	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională acționată mioelectric	8 ani
3	Proteză de antebraț	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație pasivă	8 ani
		d) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație activă	8 ani
4	Proteză de dezarticulație de cot	a) funcțională simplă	2 ani

		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
5	Proteză de braț	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
6	Proteză de dezarticulație de umăr	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
7	Proteză pentru amputație inter-scapulo-toracică	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani

5.1. 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 de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

5.2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

*) se acordă pentru copii cu vârsta cuprinsă între 3-18 ani cu malformații congenitale.

6. Orteze

6.1 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
5	Orteze lombosacrale	g) corset de hiperextensie în trei puncte ptr. scolioză	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

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 de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.2. 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

6.2.1. 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 de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.2.2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

6.3. 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
		pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani
5	Orteze de șold		12 luni
6	Orteze de șold - genunchi		12 luni
7	Orteze de șold – genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani
		b) Hessing (aparat)	2 ani

8	Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*
		b) de abducție	*
		c) Dr. Fettwies	*
		d) Dr. Behrens	*
		e) Becker	*
		f) Dr. Bernau	*
9	Orteze corectoare de statică a piciorului	a) susținători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni
		b) susținători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni
		c) Pes Var/Valg	12 luni

6.3.1. Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) și c) se prescriu numai perechi.

6.3.2. 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 de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.3.3. Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii (*) se pot acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.3.4. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), cu excepția celor prevăzute la pct. 6.3.1; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

7. Încălțăminte ortopedică

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Ghete	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări de până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări de până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
2	Pantofi	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni

	b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni
	c) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
	d) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
	e) scurtări de până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
	f) scurtări de 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

7.1. 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 de specialitate ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi.

7.2. Se prescrie o pereche de ghetă sau o pereche de pantofi.

7.3. Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

8. 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.

9. Echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL *)	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen**)	concentrator de oxigen	
2	Aparat de ventilație noninvazivă***)	aparat de ventilație	

*) Aparatele se acordă numai prin închiriere.

*****) Aparatele de administrare continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere pentru următoarele afecțiuni:**

Oxigenoterapie de lungă durată - durata administrării cotidiene este ≥ 15 ore/zi

Indicații:

a. pacienți cu insuficiență respiratorie cronică, cu hipoxie severă/gravă în repaos pentru:

a.1 BPOC – definit prin spirometrie cu VEMS /CVF mai mică de 70% - cu una din condițiile:

- PaO₂ < 55 mmHG (sau Sat O₂ $\leq$ 88%), măsurată la distanță de un episod acut

- PaO₂ 55 - 59 mmHG (sau SatO₂ < 90%) măsurată la distanță de un episod acut și unul din semnele clinice de cord pulmonar cronic, semne clinice de hipertensiune pulmonară, poliglobulie (Ht > 55%)

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav.

Medici curanți care fac recomandarea:

- pneumologi care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale

a.2 alte afecțiuni cu insuficiență respiratorie cronică obstructivă sau restrictivă, cu una din condițiile:

- pentru sindromul obstructiv $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHG}$ (sau $\text{sat O}_2 < 90\%$)
- pentru sindromul restrictiv, capacitatea pulmonară totală $\leq 60\%$ din valoarea prezisă sau factorul de transfer gazos prin membrana alveolo-capilară ($\text{Dlco} < 40\%$ din valoarea prezisă și $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHG}$ (sau $\text{sat O}_2 < 90\%$) în repaus sau la efort

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii.

Medici curanți care fac recomandarea:

- pneumologi, cardiologi, oncologi și pediatri, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

*****) Aparatele de ventilație noninvazivă se acordă numai prin închiriere pentru următoarele afecțiuni:**

- boală toracică restrictivă (scolioza gravă, pectus excavatum - stern înfundat, pectus carinatum - torace în carenă, boala Bechterew, deformarea postoperatorie sau posttraumatică, boala pleurală restrictivă)

- boală neuromusculară
- fibroza chistică

Pentru boala toracică restrictivă și boala neuromusculară, alături de simptomele de insuficiență respiratorie și alterarea calității vieții, trebuie îndeplinit cel puțin unul dintre criteriile de mai jos:

- hipercapnie cronică diurnă cu $\text{PaCO}_2 \geq 45 \text{ mm Hg}$
- hipercapnie nocturnă cu $\text{PaCO}_2 \geq 50 \text{ mm Hg}$

demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediat după momentul trezirii

- normocapnie diurnă cu creșterea nivelului PTCO_2 cu $\geq 10 \text{ mm Hg}$ pe timp de noapte, comparativ cu valoarea diurnă, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie

Pentru fibroza chistică, alături de simptomele de insuficiență respiratorie și alterarea calității vieții, la pacient trebuie îndeplinit cel puțin unul dintre criteriile de mai jos:

- hipercapnie cronică diurnă cu $\text{PaCO}_2 \geq 60 \text{ mm Hg}$

- hipercapnie nocturnă cu $\text{PaCO}_2 \geq 65 \text{ mm Hg}$ demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediat după momentul trezirii

- hipercapnie cronică diurnă cu $\text{PaCO}_2 \geq 60 \text{ mm Hg}$ și creșterea nocturnă a nivelului PTCO_2 cu $\geq 10 \text{ mm Hg}$ pe timp de noapte, comparativ cu valoarea de la culcare, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie

- hipercapnie cronică diurnă cu $\text{PaCO}_2 \geq 55 - 60 \text{ mm Hg}$ și cel puțin 2 exacerbări acute cu acidoză respiratorie care au necesitat spitalizare în ultimele 12 luni

- ca urmare directă a unei exacerbări acute care necesită ventilație invazivă sau neinvazivă, dacă valoarea $\text{PaCO}_2 > 55 \text{ mm Hg}$ persistă chiar și după stabilizarea stării.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii.

Medici curanți care fac recomandarea:

- medici pneumologi cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BiPAP și în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilație

non-invazivă, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale;

- medici cu specialitatea anestezie și terapie intensivă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Inhalator salin particule uscate de sare cu flux automat de aer sau oxigen*)		două luni
2.	Nebulizator **)	Nebulizator cu compresor**)	5 ani

*) Se acordă copiilor cu vârsta până la 5 ani cu bronșită astmatiformă / bronșiolită, la recomandarea medicului pediatru. Dispozitivul include și sistemul de eliberare automată

**) Se acordă copiilor cu mucoviscidoză cu vârsta până la 18 ani, la recomandarea medicului pneumolog și pediatru;

11. Dispozitive de mers

NR CRT	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Baston		3 ani
2	Baston	cu trei/patru picioare	3 ani
3	Cârjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani
		c) cu sprijin pe antebraț metalică	3 ani
4	Cadru de mers		3 ani
5	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată	
		a) cu antrenare manuală/electrică	5 ani
		b) triciclu pentru copii	3 ani
		perioadă determinată*)	
		a) cu antrenare manuală	
		b) triciclu pentru copii	

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 și 3; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

*) se acordă prin închiriere.

12. Proteză externă de sân

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză externă de sân și accesorii (sutien)		3 ani

B. Pachetul de servicii pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului economic european/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului se acordă dispozitive medicale în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele prevăzute la lit. A din prezenta anexă.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, se acordă dispozitive medicale în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

MODALITATEA**de prescriere, procurare și decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu**

ART. 1 (1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza unei prescripții medicale sub forma unei recomandări medicale tipizate conform modelului prevăzut în anexa nr. 39 D la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, eliberate de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, în condițiile prezentelor norme.

(2) Prescripția medicală se eliberează în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medic, un exemplar însoțește cererea și se depune la casa de asigurări de sănătate și un exemplar rămâne la asigurat, pe care îl predă furnizorului de dispozitive medicale împreună cu decizia de aprobare a dispozitivului medical eliberată de casa de asigurări de sănătate. Prescripția medicală trebuie să conțină denumirea și tipul dispozitivului medical din Lista dispozitivelor medicale din anexa nr. 38 la ordin. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului.

Prescripția medicală va fi întocmită în limita competenței medicului prescriptor.

(3) Prescripția medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale autorizat și evaluat care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate.

(4) Prescripția medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoțită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenție chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situație medicul care face recomandarea va menționa pe prescripția medicală modul de protezare și tipul protezei definitive. În situații speciale, pentru același segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare care să cuprindă atât proteză provizorie cât și proteză definitivă sau direct proteză definitivă.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii în cazul pacienților cu stome permanente și pentru dispozitive pentru incontinență retenție urinară, în cazul pacienților cu incontinență urinară permanentă, medicul va menționa pe prescripția medicală "stomă permanentă" respectiv "incontinență urinară permanentă".

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar, recomandarea se poate face și de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate unde este în evidență și asiguratul, în baza scrisorii medicale/bilet de ieșire din spital transmisă de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu în acest caz și numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital, se află în

relație contractuală și numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal; biletul de ieșire din spital va conține obligatoriu și explicit toate elementele prevăzute în modelul de scrisoare medicală.

(8) Prescripțiile medicale pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă trebuie să fie însoțite de documente medicale din care să rezulte îndeplinirea condițiilor pentru recomandarea acestor dispozitive medicale, condiții prevăzute la punctul 9 din anexa nr. 38 la ordin.

(9) 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. În acest sens, se solicită o declarație a asiguratului 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; declarația rămâne la medicul care întocmește prescripția.

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 - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP/cod unic de asigurare, prescripția medicală pentru dispozitivul medical, și certificatul de încadrare în grad și tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, după caz. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează prescripția medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, și certificatul de naștere (în copie), codul numeric personal - CNP/cod unic de asigurare. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(2) Prescripțiile medicale își pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescripțiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat (reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizor).

(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 cererea la casa de asigurări de sănătate o singură dată pentru un interval de maximum 12 luni consecutive. În situația pacienților cu incontinență/retenție urinară permanentă pentru obținerea dispozitivelor de incontinență urinară, prescripția medicală pe care este completată mențiunea incontinență/retenție urinară permanentă se depune împreună cu cererea la casa de asigurări de sănătate o singură dată, pentru un interval de maximum 12 luni consecutive.

(4) Prescripția medicală pentru inhalatorul salin particule uscate de sare cu flux automat de aer sau oxigen se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate, o singură dată pentru un interval de 6 luni consecutive.

ART. 3 (1) Casa de asigurări de sănătate, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal.

(2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării și, respectiv, emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinație. Decizia se ridică de la casa de asigurări de sănătate de către beneficiar, unul din membrii de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, sau se expediază prin poștă 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 depășirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate

pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinație permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poștă, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripției medicale - numai pentru situațiile în care se impune revizuirea prescripției. Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării unui dispozitiv medical este prevăzut în anexa nr. 39 A la ordin.

(3) Criteriile de prioritate precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență stabilite de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație și se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical și se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poștă sau care se ridică direct de la casa de asigurări de sănătate și un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

(5) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, care nu poate fi mai mare de 90 /91/92 de zile calendaristice sau maximum 12 luni consecutive, după caz. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este însoțită de o anexă cu 3 taloane sau 12 taloane, după caz, corespunzător perioadelor lunare, pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 39 B la ordin.

(6) În cazul protezelor pentru membrul inferior, casele de asigurări de sănătate pentru un singur dispozitiv medical emit decizii distincte pentru același tip de proteză pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie și proteza definitivă). Decizia pentru proteza definitivă, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta a beneficiat de proteza provizorie.

(7) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraților pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere, iar echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivelor medicale. Perioada de închiriere nu poate depăși data la care încetează valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate și furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acordă pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive și numărul acestora pe fiecare tip.

(8) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, respectiv maximum 90/91/92 de zile calendaristice sau maximum 12 luni consecutive, după caz. Pentru aparatele de ventilație noninvazivă decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală și nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante, aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen și ventilație noninvazivă, este însoțită de o anexă cu 3 sau 12 taloane, după caz, corespunzător perioadelor lunare, pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 39 D la ordin.

(9) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la alin. (5) și (8). În cazul dispozitivului efectuat la comandă, furnizorul de dispozitive medicale înștiințează casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

ART. 4 (1) Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, în cazul dispozitivelor la comandă (inclusiv pentru protezele auditive), sau, în cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comandă, asiguratul sau unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluați, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate și prescripția medicală.

Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor.

(2) Asigurații care au decizii cu valabilitate pentru maximum 12 luni consecutive se pot adresa unui alt furnizor autorizat și evaluat aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, reluând întreaga procedură de obținere a unei noi decizii, cu mențiunea că noua decizie anulează decizia anterioară. Asigurații vor menționa în cererea înaintată casei de asigurări de sănătate că doresc schimbarea furnizorului de dispozitive medicale, cu precizarea denumirii furnizorului de dispozitive medicale la care vor să renunțe. Data de la care are valabilitate noua decizie nu se poate regăsi în perioada acoperită de un talon al deciziei anterioare.

(3) În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante și echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă decizia va fi însoțită de talonul corespunzător perioadei lunare aferente, urmând ca pentru fiecare perioadă lunară să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane, cu excepția situației prevăzute la alin. (2).

ART. 5 Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficiențelor organice sau funcționale în ambulatoriu, prevăzută în anexa nr. 38 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, furnizorilor, 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, furnizorilor, 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) În vederea decontării furnizorul de dispozitive medicale depune la casa de asigurări de sănătate, facturile însoțite, după caz, de:

- copia certificatului de garanție,
- declarație privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare,
- audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale autorizat și evaluat. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate.
- taloanele corespunzătoare perioadelor lunare, în original, pentru dispozitivele de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante și echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă, după caz,
- dovada verificării tehnice, după caz, în cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante și echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă.

- confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de catre furnizor prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat și primirea la domiciliu, se face sub semnătura beneficiarului sau a unui membru al familiei acestuia - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - cu specificarea domiciliului la care s-a făcut livrarea, a actului de identitate – serie și număr - sau, după caz, a pașaportului persoanei care semnează de primire, situații în care nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate; pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, confirmarea primirii dispozitivului medical se depune la casa de asigurări de sănătate numai la acordarea dispozitivului medical, împreună cu primul talon corespunzător primei perioade lunare.

În situația în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar, confirmarea primirii dispozitivului medical în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului / adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul.

În situația în care ridicarea dispozitivului medical de la furnizor se face de către un membru al familiei beneficiarului - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal -, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate, sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia;

În situația în care beneficiarul dispozitivului medical este titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la ridicarea dispozitivului medical de la furnizor va prezenta actul de identitate/pașaportul, după caz.

(4) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat 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 legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat 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, cumulativ 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. Prin excepție, în situația în care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat și evaluat aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; decontarea protezei definitive se face în aceleași condiții, respectiv până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei.

(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 legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat 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 legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat 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.

(7) Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea dispozitivelor medicale acordate beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004, respectiv pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

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 5 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 corespunzătoare perioadei lunare, proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical, raportat la 30 de zile calendaristice.

(3) Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, în situația în care există continuitate a termenelor de valabilitate a deciziilor și a taloanelor corespunzătoare și continuitate în utilizarea de către asigurat a dispozitivului medical acordat prin închiriere de același furnizor, decontarea dispozitivului medical se face începând cu data de valabilitate a deciziilor ulterioare, respectiv a primului talon aferent acestor decizii.

Începând cu cel de al doilea talon, decontarea dispozitivului medical acordat prin închiriere se face cu prima zi de valabilitate a talonului având în vedere continuitatea dintre taloanele aceleiași decizii.

ART. 8 (1) Certificatul de garanție predat de către furnizor asiguratului pentru dispozitivele care se acordă pe perioadă nedeterminată, 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.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la solicitarea organizațiilor județene ale furnizorilor întâlniri cu furnizorii de dispozitive medicale pentru a analiza aspecte privind acordarea dispozitivelor medicale, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de dispozitive medicale măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Casa de Asigurări de Sănătate

Decizia nr. din data

Președintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- prevederile H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016

Văzând cererea nr. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate în data de depusă de beneficiar, nume și prenume sau de unul din membrii de familie (părinte, soț/soție, fiu/fică), o persoană împuternicită legal în acest sens - prin procură notarială sau reprezentantul legal al asiguratului (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, Adresă completă, telefon) beneficiar domiciliat în CNP/cod unic de asigurare, prescripția medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale eliberată de medicul de specialitate dr., din unitatea sanitară

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea președintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr.

DECIDE

ART. 1 Se aprobă procurarea/închirierea următorului dispozitiv medical destinat recuperării unor deficiențe organice sau funcționale

.....

.....

pe o perioadă de termen de înlocuire de pentru numitul

ART. 2 Prețul de referință/suma de închiriere suportat/ă de către Casa de Asigurări de Sănătate este:

ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de zile calendaristice de la data de

ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Președinte - Director General,

.....

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/ lucrativ (adresă, telefon, fax, pagină web)	Adresă completă punct de lucru
1		
2		
...		

ANEXA 1

**LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII ȘI
INCONTINENȚĂ URINARĂ NR./.....**

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- Casa de Asigurări de Sănătate va ștampila rubrica aferentă fiecărei perioade lunare pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul corespunzător perioadei lunare aferente, urmând ca pentru fiecare perioadă lunară să predea aceluiasi furnizor și celelalte taloane.
- În cazul expedierii prin poștă a talonului, coloana C6 nu se completează, luându-se în considerare documentele ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu;

A. ACORDATE PENTRU 12 LUNI CONSECUTIVE

Nr. talon	Perioada zi/lună/an	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical pe primul talon al deciziei/semnătura pe celelalte taloane aferente deciziei
C1	C2	C3	C4	C5	C6
12					
11					
10					
9					
8					
7					

6					
5					
4					
3					
2					
1					

B. ACORDATE PENTRU 90/91/92 DE ZILE

Nr. talon	Perioada zi/luna/an	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical pe primul talon al deciziei/semnătura pe celelalte taloane aferente deciziei
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA 1

LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE ȘI A ECHIPAMENTELOR PENTRU OXIGENOTERAPIE ȘI VENTILAȚIE NONINVAZIVĂ NR. /

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- Casa de Asigurări de Sănătate va ștampila rubrica aferentă fiecărei perioade lunare pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul corespunzător perioadei lunare aferente, urmând ca pentru fiecare perioadă lunară să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

PENTRU FOTOLII RULANTE

Nr. talon	Perioada zi/lună/an	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical pe primul talon al deciziei/semnătura pe celelalte taloane aferente deciziei
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

PENTRU ECHIPAMENTE PENTRU OXIGENOTERAPIE
A. ACORDATE PENTRU 12 LUNI CONSECUTIVE

Nr. talon	Perioada zi/lună/an	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical pe primul talon al deciziei/semnătura pe celelalte taloane aferente deciziei
C1	C2	C3	C4	C5	C6
12					
11					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					

B. ACORDATE PENTRU 90/91/92 DE ZILE

Nr. talon	Perioada zi/lună/an	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical pe primul talon al deciziei/semnătura pe celelalte taloane aferente deciziei
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

PENTRU ECHIPAMENTE DE VENTILAȚIE NONINVAZIVĂ

Nr. talon	Perioada zi/lună/an	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical pe primul talon al deciziei/semnătura pe celelalte taloane aferente deciziei
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

**PRESCRIPTIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA
DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE
ORGANICE SAU FUNCȚIONALE**

Nr.*/.....*)

Unitatea medicală ☐ MF

Adresa.....

☐ Ambulatoriu

☐ Spital

Stat membru: ROMÂNIA

CUI

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

.....

(pentru medicul care întocmește prescripția medicală - recomandarea)

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

..... se completează cu datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital (numai pentru situațiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmește prescripție medicală - recomandare)

Nume, prenume medic

Cod parafă medic

Specialitatea medicului prescriptor

Date contact medic prescriptor:

- telefon/fax medic prescriptor

(se va completa inclusiv prefixul de țară)

- e-mail medic prescriptor

1. Numele și prenumele asiguratului

(se va completa în întregime numele și prenumele asiguratului)

2. Data Nașterii

3. Domiciliul

4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului

5. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:

6. Deficiența organică sau funcțională

- nu este ca urmare a unei boli profesionale ☐ (se bifează căsuța)

- nu este ca urmare a unui accident de muncă ori sportiv. ☐ (se bifează căsuța)

7. Pentru stomii și incontinență urinară se bifează una din căsuțele:

☐ permanentă

☐ set modificat

☐ temporară

Sunt de acord cu
modificarea setului
Semnatura asigurat

8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie se bifează una dintre căsuțele:

- cu certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat ☐

- fără certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat ☐

9. Denumirea și tipul dispozitivului medical recomandat:
(din anexa nr. 38 la ordin**)

.....
.....

Ștampila furnizorului de servicii medicale

Data emiterii prescripției

Semnătura (olografă sau electronică, după caz) și parafa medicului
.....

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație

**) Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017.

Notă:

Recomandarea se eliberează în 3 exemplare.

Recomandarea se eliberează numai dacă deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

CONTRACT

de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

I. Părțile contractante

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

și

Furnizorul de dispozitive medicale, prin reprezentantul legal sau împuternicitul legal al acestuia, după caz,

- având sediul social în localitatea, județul/sectorul str. nr., telefon, fax,

- se va menționa și punctul/punctele de lucru din județ cu informațiile solicitate anterior, după caz.

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

III. Dispozitive medicale furnizate

ART. 2 Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 și constau în:

- a)
- b)
- c)

Lista de dispozitive medicale se va detalia pe categorii, denumiri și tipuri.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2017.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale autorizați și evaluați și să se 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 lucrativ și punctul de lucru, pentru informarea asiguratului; să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiționale, pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora și a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

b) să informeze furnizorii de dispozitive medicale în prealabil, într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 186 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, asupra condițiilor de contractare, precum și în cazul modificărilor apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de

sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative; să informeze furnizorii de dispozitive medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate.

c) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale și în limita bugetului aprobat; modelul deciziei pentru aprobarea procurării/închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în anexa nr. 39 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016;

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

e) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale;

f) să efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de către furnizor și a documentelor obligatorii care le însoțesc. Validarea documentelor justificative se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor;

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

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de dispozitive medicale, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; 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;

j) să publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația dispozitive medicale în ambulatoriu, precum și orice modificare a acestuia pe parcursul anului.

k) să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiționale, pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora și a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale.

B. Obligațiile furnizorului de dispozitive medicale

ART. 6 Furnizorul de dispozitive medicale are următoarele obligații:

a) să respecte prevederile legale privind condițiile de introducere pe piață, de comercializare și de punere în funcțiune a dispozitivelor medicale;

b) să livreze dispozitivul medical în conformitate cu recomandarea medicului și să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesită service;

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

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

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

f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor de închiriere, prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale care trebuie să fie aceleași cu cele prevăzute la art. 152 alin. (1) lit. g) din H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, însoțite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății/Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale ori de documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European și/sau de declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz;

g) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h) să întocmească și să depună la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale, facturile însoțite de documentele necesare în vederea decontării dispozitivelor medicale în ambulatoriu, conform și în condițiile stabilite în anexa nr. 39 Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr...../ 2017 pentru aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate; împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor;

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

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora;

k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea 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; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de dispozitive medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării dispozitivelor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării/expedierii dispozitivelor medicale. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivelor medicale și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

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

m) să 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;

n) să reînnoiască, pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului și dovada asigurării de răspundere civilă pentru furnizor - atât pentru sediul social lucrativ, cât și pentru punctele de lucru, precum și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;

o) să asigure acordarea dispozitivelor medicale, beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să asigure, după caz, acordarea dispozitivelor medicale, în baza prescripției medicale eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

p) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de referință/sume de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

q) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și după caz de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de referință/sume de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

r) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate / adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării dispozitivelor medicale, cu excepția situațiilor prevăzute în anexa nr. 39 la Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr...../ 2017 pentru aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anul 2017 a HG nr. 161/2016; dispozitivele medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

s) să anunțe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract, recuperarea de la asigurat a dispozitivului medical după perioada de închiriere la termen/înainte de termen.

ș) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Dispozitivele medicale eliberate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; în situația în care dispozitivul medical se eliberează prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat, în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivelor medicale și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

Dispozitivele medicale din pachetul de bază eliberate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea eliberării dispozitivelor medicale;

t) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate dispozitivele medicale din pachetul de bază eliberate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. ș), în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale de către beneficiar sau de către aparținătorul beneficiarului - membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), împuternicit legal, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; în situația în care dispozitivul medical se eliberează prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat, în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivelor medicale și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

Asumarea dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații dispozitivele medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ț) să livreze în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, numai dispozitivele medicale care corespund denumirii și tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază și respectă condițiile de acordare prevăzute în H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr...../...../ 2017 pentru aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016; Nerespectarea acestei obligații conduce la rezilierea contractului și recuperarea de către casa de asigurări de sănătate a sumelor decontate pentru dispozitivele medicale care nu au îndeplinit aceste cerințe.

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Documentele în baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de a fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

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

ART. 8 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță sau bon fiscal sau, la cererea asiguratului, și factură.

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

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei

aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță sau bon fiscal sau, la cererea asiguratului, și factură.

(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere a acestui dispozitiv medical, stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere cea mai mică. În situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical corespunzător perioadei lunare, proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical, raportat la 30 de zile calendaristice.

ART. 9 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorului, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor.

Factura emisă de furnizor este însoțită după caz, de:

- copia certificatului de garanție,
- declarație privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare,
- audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor autorizat și evaluat. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate.
- taloanele corespunzătoare perioadelor lunare, în original, pentru dispozitivele de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante și echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvasivă, după caz,
- dovada verificării tehnice, după caz, în cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante și echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvasivă.
- confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat și primirea la domiciliu, se face sub semnătura beneficiarului sau a unui membru al familiei acestuia - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal – prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - cu specificarea domiciliului la care s-a făcut livrarea, a actului de identitate - serie și număr - sau după caz a pașaportului persoanei care semnează de primire, situații pentru în care nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate;

În situația în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar, confirmarea primirii dispozitivului medical în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului / adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după

caz, documentele prevăzute la art 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul.

În situația în care, ridicarea dispozitivului medical de la furnizor se face de către un membru al familiei beneficiarului - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal -, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate, sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia.

În situația în care beneficiarul dispozitivului medical este titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la ridicarea dispozitivului medical de la furnizor va prezenta actul de identitate/pașaportul, după caz.

(2) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat 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 legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(3) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenție chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru același furnizor, cumulată pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive. Prin excepție, în situația în care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat și evaluat aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; decontarea protezei definitive se face în aceleași condiții, respectiv până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei.

(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 legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat 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 legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat 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 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(7) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor

analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuiind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

(8) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație, se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

ART. 10 Plata dispozitivelor medicale se face în contul furnizorului de dispozitive medicale nr. deschis la Trezoreria statului/bancă.

ART. 11 Decontarea dispozitivelor medicale se face în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesare a fi depuse în vederea decontării.

Validarea documentelor de către casele de asigurări de sănătate se face în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii acestora.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

VIII. Clauză specială

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului, și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

IX. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

ART. 14 Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale;

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

c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deține certificat de înregistrare a dispozitivului medical, emis de Ministerul Sănătății/Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale ori documente de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European și/sau declarația de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) la prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 18 alin. (1);

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative și pe cele de evidență financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcțiune și service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind decontarea din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

f) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situații:

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

a1) încetarea, prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, a furnizorului de dispozitive medicale;

a2) încetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 16 lit. d), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului și a retragerii avizului de funcționare a furnizorului.

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă, în situația în care furnizorii nu transmit Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, toate prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale contractate, care trebuie să fie aceleași cu cele prevăzute la art. 152 alin. (1) lit. g) din anexa 2 la H. G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, însoțite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății/Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale ori de documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European și/sau de declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz, în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor de închiriere decontate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

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

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

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

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

ART. 16 Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă începând cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

c) nerespectarea de către furnizori a termenelor de plată a contribuției la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi 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. 152 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. n), 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.

ART. 17 Situațiile prevăzute la art. 14 și art. 15 alin. (1) lit. a) și c) se constată din oficiu de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situația prevăzută de art. 15 alin. (1) lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 18 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 6 lit. a) - e), g) - m), o) - q) și s) 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) 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 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 caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

X. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului de dispozitive medicale declarat în contract. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 21 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIII. Alte clauze:

.....

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,

.....

Director executiv al Direcției economice,

.....

Director executiv al Direcției relații

contractuale,

.....

Vizat

Juridic, Contencios

.....

FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE

Reprezentant legal,

.....

CONVENȚIE*)

privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală

I. Părțile convenției

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

Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare cod parafă Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România/ Colegiului Medicilor Dentiști din România nr. .../..... din cabinetul medical/unitatea sanitară, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon

II. Obiectul convenției

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în vederea recunoașterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /..... / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

ART. 2 (1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

a) medicii din cabinetele medicale școlare/studentești numai pentru elevi, respectiv studenți; cu domiciliul în altă localitate decât cea în care se află unitatea de învățământ respectivă;

b) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități; numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

c) medicii care acordă asistență medicală din serviciile publice specializate sau organismele private autorizate numai pentru copiii încredințați ori dați în plasament și numai în condițiile în care aceștia nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie;

d) medicii care acordă asistență medicală din alte instituții de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

e) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

f) medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești numai pentru elevi, respectiv studenți, medicii dentiști, dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate;

(2) Eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

a) medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești;

b) medicii care acordă asistență medicală din căminele de bătrâni;

c) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități;

d) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

e) medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice se face de către:

a) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

b) medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studențești pentru elevi, respectiv studenți și medicii dentiști, dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retro-alveolară și panoramică,

(4) Prin medicii/medicii dentiști din cabinete școlare și studențești menționați la alin. (1) - (3) se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, care sunt finanțate de la bugetul de stat.

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2017.

IV. Obligațiile părților

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze medicii cu care încheie convenții asupra condițiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice și/sau prescripții medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu;

b) să controleze medicii privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul prezentei convenții;

c) să țină evidențe distincte ale prescripțiilor medicale electronice /prescripțiilor cu regim special, eliberate de aceștia;

d) să monitorizeze zilnic consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta conform criteriilor din platforma informatică din asigurările de sănătate;

e) să monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții;

f) să monitorizeze lunar investigațiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții.

ART. 4 Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau care eliberează prescripții medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

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

c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberării biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau a eliberării prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

f) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate; să furnizeze tratamentul adecvat, cu respectarea prevederilor legale în vigoare și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

g) să prescrie medicamente în următoarele condiții:

- medicii din cabinetele medicale școlare și studențești prescriu medicamente în caz de urgență medicală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile, numai pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință; medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris;

- medicii de medicină dentară și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile și numai ca o consecință a actului medical propriu;

- medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie;

- medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie;

- medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, conform specializării și numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru perioadele prevăzute la art. 145 alin. (9) din Anexa 2 la HG nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare;

- medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile.

h) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice și paraclinice și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond; să

completeze formularele electronice de bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice și paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

i) să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

j) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

k) să solicite/să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

ART. 5 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 4 lit. j), se recuperează o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate.

(2) Recuperarea sumelor prevăzute la alin. (1) și la art. 4 lit. h) se face prin plată directă sau prin executare silită atât pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cât și pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

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

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (1) nerespectarea obligației de la art. 4 lit. j), se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

V. Încetarea și rezilierea convenției

ART. 6 Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberează prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 4 lit. a) - h) asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

c) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

d) refuzul medicului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, potrivit prezentei convenții, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

e) constatarea de prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguraților în tratamentul ambulatoriu, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare în domeniul sănătății.

ART. 7 Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații;

a1) medicul nu mai desfășoară activitate în cabinetul medical/unitatea sanitară din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;

a2) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul care a încheiat convenția;

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

a4) a survenit decesul medicului;

a5) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a convenției de către medic sau de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea convenției.

ART. 8 Situațiile prevăzute la art. 6 și la art. 7 lit. a) subpct. a2), a4) și a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la art. 7 lit. a) subpct. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. Corespondența

ART. 9 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau direct la sediul părților.

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

VII. Modificarea convenției

ART. 10 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate

Președinte - director general,

.....

Vizat

Juridic, contencios

Medic

.....

*) Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală.

Pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pentru medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat, modelul de convenție se va adapta în sensul încheierii convenției între casa de asigurări de sănătate și unitatea sanitară în care își desfășoară activitatea medicii din structurile anterior menționate.

Pentru medicii din cabinetele medicale școlare și studențești finanțate de la bugetul de stat, convenția se încheie între casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi.

Medicii menționați în prezenta anexă încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care își desfășoară activitatea medicii respectivi, cu excepția dentiștilor/medicilor dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenție cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

CONVENȚIE privind eliberarea biletelor de internare

I. PĂRȚILE CONVENȚIEI

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

- Unitatea medico-socială, reprezentată prin, cu autorizație sanitară de funcționare nr. din, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr., județul/sectorul, telefon

- Unitatea sanitară cu paturi, cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin, având actul de înființare sau de organizare nr., autorizația sanitară de funcționare nr., dovada de evaluare nr., codul unic de înregistrare și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, valabilă pe toată durata derulării convenției nr.

- Cabinet de medicina muncii - indiferent de forma de organizare - reprezentat prin, cu autorizație sanitară de funcționare nr. din, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr., județul/sectorul, telefon

- Centre de dializă privată aflate în relație contractuală cu CNAS, prin contractul nr., cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin, codul unic de înregistrare și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca

II. OBIECTUL CONVENȚIEI

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de internare conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016.

ART. 2

Eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicești se face de către următorii medici:

A. Medicii din spital, respectiv:

a) medicii din dispensare TBC care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

b) medicii din laboratoarele de sănătate mintală, respectiv centrele de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr.

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr.

c) medicii din cabinetele de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr.

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr.

B. Medicii din unitatea medico-socială:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr.

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr.

3. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr.

C. Medicii din cabinetul de medicina muncii:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr.

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr.

3. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr.

D. Medicii din centrele de dializă privată aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate

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 2017.

IV. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze spitalele, unitățile medico-sociale și cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private cu care încheie convenții asupra condițiilor în care medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități pot elibera bilete de internare pentru servicii medicale spitalicești;

b) să monitorizeze lunar serviciile medicale spitalicești acordate pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din unitățile medico-sociale, de medicii din cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private și de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, cu care a încheiat convenții.

ART. 4 Unitățile medico-sociale, cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private și furnizorii de servicii medicale spitalicești au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicești în sistemul asigurărilor sociale de sănătate; să completeze formularele electronice de bilete de internare, de la data la care acestea se implementează;

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

c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicești;

e) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat a furnizorului;

f) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web.

g) să solicite/să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

V. ÎNCETAREA ȘI REZILIEREA CONVENȚIEI

ART. 5 Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

b) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al medicului care eliberează bilete de internare pentru servicii medicale spitalicești; în situația în care convenția cu unitatea medico-socială/cabinetul de medicina muncii/centrul de dializă privat/spitalul se încheie pentru mai mulți medici, ridicarea de către organele de drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al unui medic nu conduce la rezilierea convenției, ci doar la excluderea din convenție a medicului respectiv;

c) nerespectarea obligațiilor asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

d) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicești, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

e) refuzul furnizorului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare potrivit prezentei convenții, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora.

ART. 6 Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

a1) furnizorul se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;

a2) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
a4) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

ART. 7 Situațiile prevăzute la art. 5 și la art. 6 lit. a) subpct. a2) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la art. 6 lit. a) subpct. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. CORESPONDENȚA

ART. 8 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau direct la sediul părților. Fiecare parte din convenție este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție, să notifice celeilalte părți schimbarea survenită.

VII. MODIFICAREA CONVENȚIEI

ART. 9 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate
Președinte - director general,

Unitatea medico-socială/
Unitate sanitară cu paturi/
Cabinet de medicina muncii/
Centrul de dializă privat
Reprezentant legal

Vizat
Juridic, contencios

NOTĂ:

Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de internare de către medicii din unitățile medico-sociale sau de către medicii din cabinetele de medicina muncii sau de către medicii din centrele de dializă private sau de către medicii din dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică.

Pentru medicii menționați în prezenta anexă se încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care își desfășoară activitatea medicii respectivi.

Denumire Furnizor
Medic
Contract/convenție nr.
CAS

SCRISOARE MEDICALĂ*)

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că, născut la data de,
CNP/cod unic de asigurare, a fost consultat în serviciul nostru la data de
..... nr. F.O./nr. din Registrul de consultații

Motivul prezentații

.....
.....

Diagnosticul:

.....
.....
.....
.....

Anamneza:

- factori de risc

.....
.....

Examen clinic:

- general

.....
.....

- local

.....
.....

Examen de laborator:

- cu valori normale

.....
.....

- cu valori patologice

.....
.....

Examen paraclinice:

EKG

.....
.....

ECO

.....
.....

Rx

.....
.....

Altele

.....
.....

Tratament efectuat:

.....
.....
.....

Alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului:

.....
.....
.....

Tratament recomandat

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Indicație de revenire pentru internare

- ☐ da, revine pentru internare în termen de.....
- ☐ nu, nu este necesară revenirea pentru internare

Se completează obligatoriu una din cele trei informații:

- ☐ S-a eliberat prescripție medicală, caz în care se va înscrie seria și numărul acesteia

- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicală deoarece nu a fost necesar

- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicală—

Se completează obligatoriu una din cele trei informații:

- ☐ S-a eliberat concediu medical la externare / consultația din ambulatoriu, caz în care se va înscrie seria și numărul acestuia

- ☐ Nu s-a eliberat concediu medical la externare deoarece nu a fost necesar

- ☐ Nu s-a eliberat concediu medical la externare

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- ☐ S-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu

- ☐ Nu s-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu, deoarece nu a fost necesar

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- ☐ S-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu
- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu deoarece nu a fost necesar

(cu viza Unității județene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate județeană de diabet zaharat:	
Nr. înregistrare a asiguratului:	

Data

Semnătura și parafa medicului
.....

Calea de transmitere:

- prin asigurat
- prin poștă

*) Scrisoarea medicală se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația/serviciul în ambulatoriul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului;

Denumirea furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE DE PROGRAM

punct de lucru

Subsemnatul(a), ... B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Mărti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediul social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*)									
Domiciliu beneficiari									
Dispecerat									

*) 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)

.....

Denumirea furnizorului

Sediul social/Adresa fiscală

punct de lucru

DECLARAȚIE DE PROGRAM

Subsemnatul(a), ... B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate **)							
		Luni	Mărti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediu social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar 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.

**) pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet și programul la domiciliu.

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Localitatea:

str. nr. tel./fax

NOTIFICARE

Către:

Furnizorul, cu sediul în, str. nr., bl., sc., et., ap., sector/județ, înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale/Registrul Comerțului sub nr., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare, tel./fax, cont nr. deschis la Trezoreria statului și sediul punctului secundar de lucru în, str. nr., bl., sc., et., ap., sector/județ, tel./fax, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal.

Prin prezenta vă notificăm:

rezilierea | |

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) și în temeiul dispozițiilor art. din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările și completările ulterioare, și dispozițiilor art. din anexa nr. la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / 2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

Director executiv al
Direcției economice,
.....

Director executiv al
Direcției relații contractuale
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

DISPOZIȚII GENERALE

1. Formularele cu regim special care se întocmesc în 2 exemplare - bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și biletele de internare.

2. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de internare, pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului/codului unic de asigurare al asiguratului beneficiar, codului de parafă al medicului și numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

3. Toți furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligația să dețină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.

4. Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezența la program pentru personalul de specialitate care își desfășoară activitatea la aceștia, trebuie să fie în concordanță cu programul de activitate depus la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării, sau modificat ulterior prin act adițional, după caz.

5. Modelul formularului de prescripție medicală electronică se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Modelele de formulare pentru prescripțiile de preparate stupefiante și psihotrope se aprobă conform Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare.

6. Modelul de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice, paraclinice și pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

7. Formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate, pe care furnizorii au obligația să le completeze corect și la zi includ și evidențele electronice ale bolnavilor cronici.

8. Furnizorii de servicii medicale au obligația să recomande asiguraților tratamentul cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.

9. Toți furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau, respectiv, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, au obligația să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate.

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

10. Medicii care au specialitatea de medicină de familie și o altă/alte specialitate/specialități clinică/clinice, pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității de medicină de familie sau în baza specialității/specialităților clinice. Medicii care au o specialitate clinică și o specialitate paraclinică pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității clinice sau în baza specialității paraclinice.

11. Prezentarea și utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale se face la momentul acordării serviciului, astfel:

11.1. În asistența medicală primară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, cu excepția serviciului examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat înscris pe lista medicului de familie, pentru care nu este necesară prezentarea cardului.

11.2. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, cu excepția serviciilor de sănătate conexe actului medical pentru care nu este necesară prezentarea cardului.

11.3. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie și pentru acupunctură utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

- a) pentru consultații și proceduri în cabinet la momentul acordării
- b) pentru procedurile acordate în baza de tratament prezentarea cardului se face în fiecare zi de tratament/fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament

11.4. În asistența medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază.

11.5. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator - prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, cu excepția serviciilor paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice. Pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină și examene de materii fecale, dacă sunt singurele investigații recomandate pe biletul de trimitere, se utilizează cardul la momentul depunerii probelor la furnizorul de investigații paraclinice; dacă acestea sunt recomandate pe biletul de trimitere împreună cu alte analize de laborator se utilizează cardul la momentul recoltării analizelor de laborator. Pentru examinările de histopatologie, citologie și microbiologie care nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice, probele sunt transmise la furnizorii de servicii medicale paraclinice însoțite de biletele de trimitere, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Pentru investigațiile paraclinice de laborator prevăzute în pachetul de bază care nu sunt recomandate pe biletul de trimitere de către medicul de specialitate din specialitățile clinice sau medicul de familie, după caz, și care se efectuează pe răspunderea medicului de laborator, nu este necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

b) pentru serviciile medicale paraclinice - investigații de radiologie, imagistică medicală, explorări funcționale și medicină nucleară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul efectuării investigațiilor prevăzute în pachetul de bază.

11.6. În asistența medicală spitalicească utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la internarea și externarea din spital, cu excepția următoarelor situații:

- la internare în spital dacă criteriul la internare este urgență medico-chirurgicală

- la externare din spital pentru cazurile transferate la un alt spital și la internare ca și caz transferat

- la externare pentru situațiile în care s-a înregistrat decesul asiguratului

- la internare și la externare pentru pacienții din secțiile de psihiatrie, internați prin procedură de internare nevoluntară - consemnată în foaia de observație la motivele internării.

b) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la fiecare vizită, cu excepția situațiilor în care criteriul de internare este urgență medico-chirurgicală pentru serviciile acordate în structurile de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) care nu sunt finanțate de Ministerul Sănătății/ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.

11.7. Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face în fiecare zi în care se acordă îngrijiri.

11.8. În asistența medicală de recuperare, medicină fizică și balneologie, în sanatorii și preventorii utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la internare și externare.

11.9. Pentru dispozitive medicale, este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate dacă dispozitivul medical se ridică de către beneficiar de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale. În situația în care ridicarea dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale se face de către aparținătorul beneficiarului - membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), împuternicit legal - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia.

În situația în care dispozitivul medical se eliberează prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat prezentarea cardului nu este necesară; confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat și primirea la domiciliu, se face sub semnătura beneficiarului sau a aparținătorului acestuia - membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal, reprezentant legal - cu specificarea domiciliului la care s-a făcut livrarea, seria și numărul actului de identitate sau după caz, a pașaportului persoanei care semnează de primire.

11.10. Pentru medicamente cu și fără contribuție personală, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul ridicării medicamentelor din farmacie, dacă acestea se ridică de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuternicit, se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta card.

12. Informații referitoare la utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către asigurați și fluxul de lucru pentru furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, sunt postate pe site-ul www.cnas.ro.

13. În situația producerii unor întreruperi în funcționarea Platformei informatice din asigurările de sănătate (PIAS), constatate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), acestea vor fi comunicate prin publicare pe site-ul propriu la adresa www.cnas.ro, secțiunea informații publice/comunicate de presă. Ordinul emis de președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în condițiile art. 202 din Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro, secțiunea informații publice/comunicate de presă.

14. Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale nu sunt aplicabile situațiilor în care asigurații execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum și cei care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare.

15. Pentru persoanele cu tulburări psihice prevăzute de Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, republicată, care au desemnat reprezentant legal de către autoritățile competente potrivit legislației în vigoare, acordarea de către furnizori a serviciilor medicale se face prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate al reprezentantului legal sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă reprezentantul legal nu poate prezenta cardul.

Reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice, prezintă în prealabil la casa de asigurări de sănătate la care este luată în evidență persoana pe care o reprezintă documentul prin care a fost desemnat reprezentant legal, în vederea înregistrării acestui document în evidențele proprii ale casei de asigurări de sănătate.

16. Furnizorii de servicii medicale și furnizorii de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale/dispozitivele medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate/eliberate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale/eliberării dispozitivelor medicale, pentru serviciile acordate/dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; asumarea serviciilor medicale acordate/dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată;

Transmiterea serviciilor medicale furnizate/dispozitivelor medicale eliberate în platforma informatică din asigurările de sănătate se face astfel:

16.1. În asistența medicală primară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

16.2. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal, cu excepția serviciilor de sănătate conexe actului medical.

16.3. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie și pentru acupunctură - în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

a) pentru consultații și proceduri în cabinet: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării;

b) pentru procedurile acordate în baza de tratament: pentru fiecare zi de tratament/fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament în maximum 3 zile lucrătoare de la data zilei de tratament/zilei în care se acordă servicii de acupunctură.

16.4. În asistența medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

16.5. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice:

a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator: în maximum 3 zile lucrătoare de la data recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, respectiv în maximum 3 zile lucrătoare de la data primirii probelor pentru serviciile paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice, și pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene

de urină și examene de materii fecale. Reglementarea nu se aplică pentru investigațiile paraclinice de laborator prevăzute în pachetul de bază care nu sunt recomandate pe biletul de trimitere de către medicul de specialitate din specialitățile clinice sau medicul de familie, după caz, și care se efectuează pe răspunderea medicului de laborator.

b) pentru serviciile medicale paraclinice - investigații de radiologie, imagistică medicală, explorări funcționale și medicină nucleară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării investigațiilor prevăzute în pachetul de bază.

16.6. În asistența medicală spitalicească:

a) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă din pachetul de bază și pachetul minimal: în maximum 3 zile lucrătoare de la data externării din spital, inclusiv pentru cazurile transferate în alt spital;

b) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi din pachetul de bază și pachetul minimal: pentru fiecare vizită, în maximum 3 zile lucrătoare de la data vizitei.

16.7. Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu - pentru fiecare zi în care se acordă îngrijiri, în maximum 3 zile lucrătoare de la data zilei în care au fost acordate îngrijirile.

16.8. Pentru unitățile specializate - în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării consultațiilor de urgență la domiciliu și serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

16.9. În asistența medicală de recuperare, în sanatorii și preventorii: în maximum 3 zile lucrătoare de la data externării din sanatoriu/preventoriu.

16.10. Pentru dispozitive medicale: în maximum 3 zile lucrătoare de la data ridicării dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale de către beneficiar sau de către aparținătorul beneficiarului - membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), împuternicit legal - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat. În situația în care dispozitivul medical se expediază prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat: în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical.

17. Pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi se întocmește fișă de spitalizare de zi, conform modelului prevăzut în Anexa 4 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare. Fac excepție serviciile acordate în camerele de gardă și în structurile de primire urgențe din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, pentru care se întocmește fișă pentru spitalizare după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare.

CHESTIONAR PRIVIND SATISFACTIA PACIENTULUI

Acest chestionar este menit să ne sprijine în ameliorarea performanței activității spitalului; răspunsurile la acest chestionar rămân anonime.

1. Când ați intrat prima dată în această unitate ce impresie v-ați făcut? Alegeți trei cuvinte care descriu cel mai bine situația din acel moment din unitatea de primire

Cuvinte	Ordinea priorității*)
Curățenie	
Lux	
Aglomeratie	
Dezordine	
Mizerie	
Disciplină	
Liniște	
Sărăcie	
Altul	
1	
Altul	
2	

*) Bifați 1, 2 sau 3 în ordinea priorității.

2. Situația din unitatea de primire, pe care tocmai ați descris-o, v-a modificat starea de spirit? (bifați o singură variantă)

	DA	NU
M-a demoralizat		
Nu a avut niciun efect		
Mi-a ridicat moralul		

3. Cum ați ajuns să apelați la internare pentru spitalul nostru (bifați una din variantele de răspuns):

- a. V-ați prezentat direct la camera de gardă
- b. Ați avut trimitere de la medicul dumneavoastră de familie
- c. Ați venit cu trimitere de la medicul de ambulator
- d. Ați venit cu ambulanța
- e. Altă situație

4. Sunteți la prima internare sau la o reinternare?

a) Prima internare b) Reinternare

În cadrul acestei internări, puteți spune că:

	DA	NU
P1. Ați fost primit cu amabilitate de la început?	1	0
P2. Ați fost condus la explorări?	1	#
P3. Ați făcut baie la internare?	1	0
P4. Ați fost informat pe înțelesul dvs. despre boală, tratament, risc operator, prognostic?		
P5. Ați adus medicamente de acasă?	1	0
P6. Ați avut complicații post-operatorii?	1	0
P7. Fiiolele s-au deschis în fața dvs.?	1	0
P8. Ați sesizat orice formă de condiționare a îngrijirilor de care ați avut nevoie?	1	0
P9. Ați simțit nevoia să recompensați prin diverse mijloace un cadru medical pentru a beneficia de mai multă atenție din partea acestora		

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri.

Apreciați pe o scală de la 1 la 5 calitatea serviciilor menționate mai jos primite de către dvs.

Serviciul	1	2	3	4	5	9
	Total nesatisfăcătoare	Parțial nesatisfăcătoare	Nesatisfăcător	Bună	Foarte bună	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	#

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri închis.

**Ținând cont de toate cele menționate mai sus vă rugăm să ne spuneți:
Cât de mulțumit sunteți/ați fost?**

Foarte nemulțumit	Parțial nemulțumit	Nemulțumit	Parțial mulțumit	Foarte mulțumit
1	2	3	4	5

Dacă ar fi să aveți nevoie de un serviciu medical disponibil în această unitate v-ați întoarce aici?

Sigur NU	Mai degrabă NU	Poate da/ poate nu	Mai degrabă DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

Dacă un apropiat, un prieten sau altă persoană ar avea nevoie de un serviciu medical despre care știți că este disponibil aici i-ați recomanda să vină?

Sigur NU	Mai degrabă NU	Poate da/ poate nu	Mai degrabă DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

După toată această perioadă petrecută aici, care este lucrul pozitiv care vă vine în minte?/Ce v-a plăcut cel mai mult?
Dar negativ?/Ce nu v-a plăcut?

Elemente de socio-demografie (încercuiți situația care vi se aplică)

D1. Sexul

1. Masculin

2. Feminin

D2. Vârsta

1. < 20 de ani

2. 20 - 29 ani

3. 30 - 39 ani

4. 40 - 49 ani

5. 50 - 59 ani

6. 60 - 69 ani

7. 70 ani și peste

D3. Mediul de rezidență

1. Urban

2. Rural

D4. Ultima școală absolvită

1. Primară (1- 4 clase)

2. Gimnazială (5 - 8)

3. Liceu

4. Facultate

D5. Starea civilă

1. Căsătorit

2. Necăsătorit

3. Concubinaj

4. Văduv

5. Divorțat

NOTĂ:

Colectarea informațiilor pe baza prezentului chestionar se face cu respectarea prevederilor art. 12 din Legea nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.

CONTRACT**I. Părțile contractante**

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

și

Unitatea sanitară publică, cu sediul în, str. nr., telefon: fix/mobil
....., fax e-mail, reprezentată prin,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie acordarea sumelor pentru punerea în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2015 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2014 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2015, precum și alte măsuri în domeniul cheltuielilor publice, precum și pentru modificarea și completarea Legii nr. 152/1998 privind înființarea Agenției Naționale pentru Locuințe, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 293/2015, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016.

III. Durata contractului

ART. 2 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2017.

ART. 3 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

IV. Obligațiile părților

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

a) să încheie contracte numai cu unitățile sanitare publice, nominalizate de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 35/2015, cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, pentru punerea în aplicare a acestui act normativ;

b) să deconteze unităților sanitare publice sumele realizate corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2015, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura se face numai în format electronic;

c) să verifice modul de punere în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2015 de către unitățile sanitare publice și, după caz, să prezinte spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori;

d) să recupereze sumele decontate nejustificat față de cele rezultate prin punerea în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2015.

ART. 5 Unitatea sanitară publică are următoarele obligații:

a) să respecte prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2015;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, sumele realizate corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului

nr. 35/2015; factura este însoțită de documentele justificative atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura se transmite numai în format electronic.

V. Modalități de plată

ART. 6 (1) Valoarea contractată pentru realizarea obiectului contractului pentru luna 2017 este de lei; factorul de corecție pentru luna 2017 este%; valoarea realizată a serviciilor medicale pentru luna septembrie 2015 este de lei.

(2) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează suma realizată pentru punerea în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2015, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de

(3) Decontarea sumelor se face cu încadrarea în sumele contractate. Diferențele dintre suma decontată lunar și suma contractată lunar se diminuează prin act adițional.

(4) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al unității sanitare publice.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale lunare având ca obiect suma contractată pentru lunile următoare celei prevăzute la alin. (1) și, după caz, acte adiționale de diminuare a valorii de contract lunare cu suma reprezentând diferența dintre suma decontată lunar și suma contractată lunar.

ART. 7 Plata se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr., deschis la Banca

VI. Răspunderea contractuală

ART. 8 Reprezentantul legal al unității sanitare publice 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.

VII. Clauze speciale

ART. 9 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră, și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore, și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

VIII. Suspendarea, încetarea și rezilierea contractului

ART. 10 Contractul se suspendă/încetează/se reziliază printr-o notificare scrisă în situația în care toate contractele de furnizare de servicii medicale încheiate de unitatea sanitară publică cu casa de asigurări de sănătate se suspendă/încetează/se reziliază și produce efecte de la data suspendării/încetării/rezilierii contractelor de furnizare de servicii medicale.

ART. 11 Situațiile prevăzute la art. 10 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu.

IX. Corespondența

ART. 12 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității sanitare cu paturi 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 schimbările survenite.

X. Modificarea contractului

ART. 13 (1) Prezentul contract se poate modifica la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

ART. 14 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 15 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XI. Soluționarea litigiilor

ART. 16 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XII. Alte clauze

.....

Prezentul contract a fost încheiat astăzi, ..., în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte-director general,
.....
Director executiv al Direcției economice,
.....
Director executiv al
Direcției relații contractuale,
.....
Director de îngrijiri,

Vizat
Juridic, Contencios
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Manager,
.....
Director medical,
.....
Director financiar-contabil,
.....

.....
Director de cercetare-dezvoltare,
.....

REGLEMENTĂRI PRIVIND PUNEREA ÎN APLICARE A UNOR PREVEDERI ALE ORDONANȚEI DE URGENȚĂ A GUVERNULUI NR. 20/2016 PENTRU MODIFICAREA ȘI COMPLETAREA ORDONANȚEI DE URGENȚĂ A GUVERNULUI NR. 57/2015 PRIVIND SALARIZAREA PERSONALULUI PLĂTIT DIN FONDURI PUBLICE ÎN ANUL 2016, PROROGAREA UNOR TERMENE, PRECUM ȘI UNELE MĂSURI FISCAL-BUGETARE ȘI PENTRU MODIFICAREA ȘI COMPLETAREA UNOR ACTE NORMATIVE APROBATĂ CU MODIFICĂRI ȘI COMPLETĂRI PRIN LEGEA NR. 250/2016 ȘI ALE ORDONANȚEI DE URGENȚĂ A GUVERNULUI NR. 43/2016 PENTRU MODIFICAREA ȘI COMPLETAREA ORDONANȚEI DE URGENȚĂ A GUVERNULUI NR. 57/2015 PRIVIND SALARIZAREA PERSONALULUI PLĂTIT DIN FONDURI PUBLICE ÎN ANUL 2016, PROROGAREA UNOR TERMENE, PRECUM ȘI UNELE MĂSURI FISCAL-BUGETARE, PENTRU MODIFICAREA ȘI COMPLETAREA UNOR ACTE NORMATIVE ȘI PENTRU APLICAREA UNITARĂ A DISPOZIȚIILOR LEGALE

ART. 1 (1) Casele de asigurări de sănătate contractează cu unitățile sanitare publice o sumă lunară corespunzătoare influențelor financiare determinate de creșterile salariale ce decurg din punerea în aplicare a unor prevederi ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare și pentru modificarea și completarea unor acte normative aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 250/2016 și ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 43/2016 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare, pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru aplicarea unitară a dispozițiilor legale.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie un contract distinct cu fiecare unitate sanitară publică cu care are încheiate contracte pentru furnizare de servicii medicale; modelul de contract este prevăzut în anexa nr. 51.

ART. 2 Fiecare unitate sanitară publică depune pentru contractare o solicitare însoțită de documentele justificative pentru punerea în aplicare a unor prevederi ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare și pentru modificarea și completarea unor acte normative aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 250/2016 și ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 43/2016 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare, pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru aplicarea unitară a dispozițiilor legale.

ART. 3 Sumele reprezentând influențele determinate din creșterile salariale ce decurg din punerea în aplicare a unor prevederi ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare și pentru modificarea și completarea unor acte normative aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 250/2016 și ale unor prevederi ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 43/2016 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare, pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru aplicarea unitară a dispozițiilor legale se stabilesc de către unitățile sanitare publice care răspund de realitatea și exactitatea acestora conform prevederilor legale în vigoare, iar solicitarea însoțită de documentele justificative se înaintează la casa de asigurări de sănătate cu care unitatea sanitară publică se află în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale.

CONTRACT**I. Părțile contractante**

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

și

Unitatea sanitară publică, cu sediul în, str. nr., telefon: fix/mobil, fax e-mail, reprezentată prin,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie acordarea sumelor pentru punerea în aplicare a unor prevederi ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare și pentru modificarea și completarea unor acte normative aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 250/2016 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare și pentru modificarea și completarea unor acte normative și ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 43/2016 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare, pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru aplicarea unitară a dispozițiilor legale, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017.

III. Durata contractului

ART. 2 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2017.

ART. 3 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

IV. Obligațiile părților

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

a) să încheie contracte numai cu unitățile sanitare publice, cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, pentru punerea în aplicare a unor prevederi ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare și pentru modificarea și completarea unor acte normative aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 250/2016 și ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 43/2016 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare, pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru aplicarea unitară a dispozițiilor legale;

b) să acorde unităților sanitare publice sumele corespunzătoare punerii în aplicare a unor prevederi ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 250/2016 și ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 43/2016, la termenele

prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura se face numai în format electronic;

c) să recupereze sumele acordate nejustificat față de cele rezultate prin punerea în aplicare a unor prevederi ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 250/2016 și ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 43/2016.

ART. 5 Unitatea sanitară publică are următoarele obligații:

a) să respecte prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 250/2016 și ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 43/2016;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, sumele corespunzătoare punerii în aplicare a unor prevederi ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 250/2016 și ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 43/2016; factura este însoțită de documentele justificative atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, conform solicitării; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura se transmite numai în format electronic.

V. Modalități de plată

ART. 6 (1) Valoarea contractată pentru realizarea obiectului contractului, potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 250/2016, pentru luna 2017 este de lei.

Valoarea contractată pentru realizarea obiectului contractului, potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 43/2016, pentru luna 2017 este de lei.

(2) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate acordă suma corespunzătoare punerii în aplicare a unor prevederi ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 250/2016 și ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 43/2016, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de

(3) Toate documentele necesare pentru acordarea sumelor solicitate se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al unității sanitare publice.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie lunar acte adiționale având ca obiect suma solicitată reprezentând punerea în aplicare a unor prevederi ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 250/2016 și ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 43/2016.

ART. 7 Plata se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr., deschis la Banca

VI. Răspunderea contractuală

ART. 8 Reprezentantul legal al unității sanitare publice 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.

VII. Clauze speciale

ART. 9 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră, și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore, și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

VIII. Suspendarea, încetarea și rezilierea contractului

ART. 10 Contractul se suspendă/încetează/se reziliază printr-o notificare scrisă în situația în care toate contractele de furnizare de servicii medicale încheiate de unitatea sanitară publică cu casa de asigurări de sănătate se suspendă/încetează/se reziliază și produce efecte de la data suspendării/încetării/rezilierii contractelor de furnizare de servicii medicale.

ART. 11 Situațiile prevăzute la art. 10 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu.

IX. Corespondența

ART. 12 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității sanitare cu paturi 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 schimbările survenite.

X. Modificarea contractului

ART. 13 (1) Prezentul contract se poate modifica la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

ART. 14 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 15 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XI. Soluționarea litigiilor

ART. 16 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XII. Alte clauze

Prezentul contract a fost încheiat astăzi, ..., în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte-director general,

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

Vizat
Juridic, Contencios

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Manager,

.....
Director medical,
.....
Director financiar-contabil,
.....
Director de îngrijiri,
.....
Director de cercetare-dezvoltare,
.....