

HOTARARE nr. 161 din 16 martie 2016 (*actualizata*)

pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2016-2017

(actualizata pana la data de 1 martie 2017*)

EMITENT

GUVERNUL

In temeiul art. 108 din Constitutia Romaniei, republicata, al art. 221 alin. (1) lit. c) si d) si al art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile ulterioare,

Guvernul Romaniei adopta prezenta hotarare.

Articolul 1

(1) Se aproba pachetele de servicii medicale, respectiv pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza, acordate pentru perioada 2016-2017, prevazute in anexa nr. 1.

(2) Se aproba Contractul-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale in sistemul asigurarilor sociale de sanatate pentru anii 2016-2017, prevazut in anexa nr. 2.

Articolul 2

Prezenta hotarare intra in vigoare la data de 1 iulie 2016.

Art. 2 a fost modificat de art. 1 din HOTARAREA nr. 200 din 30 martie 2016 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 236 din 30 martie 2016.

Articolul 3

La data intrarii in vigoare a prezentei hotarari, Hotararea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014-2015, publicata in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 366 din 19 mai 2014, cu modificarile si completarile ulterioare, se abroga.

Articolul 4

Anexele nr. 1 si 2 fac parte integranta din prezenta hotarare.

PRIM-MINISTRU

DACIAN JULIEN CIOLOS

Contrasemneaza:

Ministrul sanatatii,
Patriciu-Andrei Achimas-Cadariu
Presedintele Casei Nationale
de Asigurari de Sanatate,
Vasile Ciurchea
p. Ministrul finantelor publice,
Daniela Pescaru,
secretar de stat

Bucuresti, 16 martie 2016.

Nr. 161.

Anexa 1

PACHETUL MINIMAL DE SERVICII SI PACHETUL DE SERVICII DE BAZA

Capitolul I

Pachetul minimal de servicii

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE IN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA

1. Pachetul minimal de servicii medicale in asistenta medicala primara cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicale;
- 1.2. supraveghere si depistare de boli cu potential endemoepidemic;
- 1.3. consultatii de monitorizare a evolutiei sarcinii si lehuziei;
- 1.4. consultatiile de planificare familiala;
- 1.5. servicii de preventie;
- 1.6. activitati de suport.

1.1. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicale: asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de familie. Asistenta medicala de urgenta se refera la cazurile de cod rosu, cod galben si cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile ulterioare, pentru care medicul de familie acorda primul ajutor si, daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod

verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2.021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se acorda o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical, indiferent daca persoana neasigurata se afla sau nu inregistrata pe lista unui medic de familie.

1.1.2. Conditiiile acordarii se stabilesc prin norme.

1.2. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentatiei, depistare de boli cu potential endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere catre structurile de specialitate pentru investigatii, confirmare, tratament adecvat si masuri igienico-sanitare specifice, dupa caz. Bolile cu potential endemoepidemic sunt cele prevazute la pct. II din anexa la Hotararea Guvernului nr. 1.186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzand urgentele medico-chirurgicale, precum si bolile infecto-contagioase din grupa A, pentru care asiguratii beneficiaza de indemnizatie pentru incapacitate temporara de munca fara conditii de stagiul de cotizare.

1.2.1. Se acorda o singura consultatie per persoana pentru fiecare boala cu potential endemoepidemic suspicionata si confirmata.

1.3. Consultatii de monitorizare a evolutiei sarcinii si lehuzei:

a) luarea in evidenta in primul trimestru;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a pana in luna a 7-a;

c) supravegherea, de doua ori pe luna, din luna a 7-a pana in luna a 9-a inclusiv;

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

e) urmarirea lehuzei la 4 saptamani de la nastere.

1.3.1. In cadrul supravegherii gravidei se face si promovarea alimentatiei exclusive la san a copilului pana la varsta de 6 luni si continuarea acesteia pana la minimum 12 luni, testare pentru HIV, hepatita de etiologie virala cu virus B si C, precum si consiliere pre- si posttestare HIV si lues a femeii gravide.

1.3.2. Conditiiile acordarii se stabilesc prin norme.

1.4. Consultatiile pentru acordarea serviciilor de planificare familiala constau in:

a) consilierea persoanei privind planificarea familiala;

b) indicarea unei metode contraceptive.

1.4.1. Consultatia poate cuprinde, dupa caz, numai serviciul prevazut la lit. a) sau serviciile prevazute la lit. a) si b) si se acorda doua consultatii pe an calendaristic, pe persoana.

1.5. Serviciile de preventie - consultatie preventiva;

Conditiiile acordarii acestora de catre medicul de familie se detaliaza in norme.

1.6. Activitatile de suport - examinare pentru constatarea decesului cu sau fara eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu exceptia situatiilor de

suspiciune care necesita expertiza medico-legala, conform prevederilor legale, in conditiile stabilite prin norme.

2. Persoanele care beneficiaza de pachetul minimal de servicii medicale suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate si tratamentul prescris de medicii de familie, precum si costurile altor activitati de suport, altele decat cele de la pct. 1.6.

B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE CLINICE

1. Pachetul minimal de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. consultatii pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicale;

1.2. consultatii pentru supravegherea si depistarea de boli cu potential endemoepidemic;

1.3. consultatii de supraveghere a evolutiei sarcinii si lehuziei.

1.1. Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicale: asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de specialitate. Asistenta medicala de urgenta se refera la cazurile de cod rosu, cod galben si cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru care medicul de specialitate acorda primul ajutor si, daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2.021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se acorda o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical.

1.1.2. Conditiiile acordarii se stabilesc prin norme.

1.2. Depistarea bolilor cu potential endemoepidemic - include, dupa caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare si tratament. Bolile cu potential endemoepidemic sunt cele prevazute la pct. II din anexa la Hotararea Guvernului nr. 1.186/2000 .

1.2.1. Se acorda o singura consultatie per persoana pentru fiecare boala cu potential endemoepidemic suspicionata si confirmata.

1.3. Consultatii pentru supravegherea evolutiei sarcinii si lehuziei, o consultatie pentru fiecare trimestru de sarcina si o consultatie in primul trimestru de la nastere

2. Persoanele care beneficiaza de pachetul minimal de servicii medicale suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate si tratamentul prescris de medicii de specialitate.

C. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU ASISTENTA MEDICALA SPITALICEASCA

1. Pachetul minimal cuprinde servicii medicale acordate in regim de spitalizare continua si de zi si se acorda in situatia in care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicesti nu solicita bilet de internare.

1.1. Criteriile pe baza carora se efectueaza internarea pacientilor in regim de spitalizare continua sunt:

a) urgenta medico-chirurgicala in care este pusa in pericol viata pacientului sau care are acest potential pana la rezolvarea situatiei de urgenta;

b) boli cu potential endemoepidemic pana la rezolvarea completa a cazului;

c) nasterea.

1.2. Criteriile pe baza carora se efectueaza internarea pacientilor in regim de spitalizare de zi sunt:

a) urgenta medico-chirurgicala;

b) epidemiologic pentru bolnavii care necesita tratament in afectiuni care nu necesita izolare.

1.3. Pentru criteriul urgenta medico-chirurgicala, spitalul acorda serviciile medicale avand obligatia sa evalueze situatia medicala a pacientului si sa il externeze daca serviciile medicale de urgenta nu se mai justifica. La solicitarea pacientului se poate continua internarea in regim de spitalizare continua cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitalicesti de catre pacient pentru perioada in care serviciile acordate nu mai reprezinta urgenta.

D. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU CONSULTATII DE URGENTA LA DOMICILIU SI ACTIVITATI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultatii de urgenta la domiciliu pentru urgentele medico-chirurgicale - cod verde - prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2.021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, al centrului de permanenta sau prin sistemul de consultatii de urgenta la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgenta sau a celor integrate

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1. transportul medicului dus-intors in vederea constatarii unui deces in zilele de vineri, sambata, duminica si in zilele de sarbatori legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului in conditiile prevazute de lege;

2.2. transportul echipajului de consultatii de urgenta la domiciliu si, dupa caz, transportul pacientului care nu se afla in stare critica si nu necesita monitorizare si ingrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitara, daca se impune asistenta medicala de specialitate ce nu poate fi acordata la domiciliu;

2.3. bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate in aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major si stari postaccidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputatii recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stari casectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronica obliteranta stadiul III si IV, insuficienta cardiaca clasa NYHA III si IV, status postrevascularizare miocardica prin by-pass aortocoronarian si revascularizare periferica prin by-pass aortofemural, pacientii cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienti oxigenodependenti, cu malformatii vasculare cerebrale - aneurisme, malformatii arteriovenoase - rupte neoperate, malformatii arteriovenoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natura neprecizata, si care necesita

transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport conventionale, pot fi transportati inclusiv in alt judet;

2.4. transportul de la si la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majora in vederea efectuarii transfuziei;

2.5. transportul persoanelor peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate in centrele de dializa de adulti, de la centrul de dializa pana la domiciliul acestora si retur, in vederea efectuarii dializei in unitatile sanitare situate in alt judet decat cel de domiciliu al persoanei respective.

E. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARA

Cod Acte terapeutice

4. Pansament calmant/drenaj endodontic

6. Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu
anestezie

7. Tratamentul afectiunilor parodontiului cu anestezie

10.*) Chiuretaj alveolar si tratamentul hemoragiei

*) In situatia in care se efectueaza in aceeaasi sedinta in care
a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de
asigurari de sanatate.

| 11. | Decapuserarea la copii |

| 12. | Reducerea luxatiei articulatiei temporo-mandibulare |

| 14.** | Reparatie proteza |

| | **) Se acorda o data pe an. |

| 14.1** | Rebazare proteza |

| | **) Se acorda o data pe an. |

| 22.***) | Reparatie aparat ortodontic |

| | ***) Se acorda numai de medicii de specialitate in ortodontie |

| | si ortopedie dento-faciala. |

1. Serviciile de medicina dentara prevazute in pachetul minimal de servicii pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentisti, cu exceptia celor de la codul 22.
2. Dentistii acorda numai serviciul prevazut la codul 4.
3. Conditiiile acordarii serviciilor de medicina dentara se stabilesc in norme.

Capitolul II

Pachetul de servicii de baza

A. PACHETUL DE SERVICII DE BAZA IN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA

1. Pachetul de servicii medicale in asistenta medicala primara cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale curative pentru urgente medico-chirurgicale, afectiuni acute, subacute, acutizarile unor afectiuni cronice si pentru afectiuni cronice;
- 1.2. servicii medicale de preventie si profilaxie;
- 1.3. servicii medicale la domiciliu;
- 1.4. servicii medicale aditionale;
- 1.5. activitati de suport;
- 1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Servicii medicale curative pentru urgente medico-chirurgicale, afectiuni acute, subacute, acutizarile unor afectiuni cronice si pentru afectiuni cronice

1.1.1. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala: asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de familie. Asistenta medicala de urgenta se refera la cazurile de cod rosu, cod galben si cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru care medicul de familie acorda primul ajutor si, daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2.021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se acorda o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical/domiciliu, atat pentru persoanele asigurate inscrise pe lista proprie, cat si pentru persoanele asigurate inscrise pe lista altui medic de familie aflat in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate.

1.1.1.2. Conditiiile acordarii se stabilesc prin norme.

1.1.2. Consultatia in caz de boala pentru afectiuni acute, subacute si acutizarile unor afectiuni cronice, care cuprinde:

a) anamneza, examenul clinic general;

- b) unele manevre specifice pe care medicul le considera necesare;
- c) recomandare pentru investigatii paraclinice in vederea stabilirii diagnosticului si pentru monitorizare;
- d) manevre de mica chirurgie, dupa caz;
- e) stabilirea conduitei terapeutice si/sau prescrierea tratamentului medical si igieno-dietetic, precum si instruirea asiguratului in legatura cu masurile terapeutice si profilactice;
- f) bilet de trimitere pentru consultatie la medicul de specialitate din ambulatoriu sau pentru internare in spital pentru cazurile care necesita aceasta sau care depasesc competenta medicului de familie;
- g) recomandare pentru tratament de recuperare, medicina fizica si balneologie in ambulatoriu sau in sanatorii balneare, dupa caz;
- h) recomandare pentru tratament de recuperare in sanatorii si preventorii, dupa caz;
- i) recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara, dupa caz;
- j) recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu, dupa caz.

1.1.2.1. Consultatiile la cabinet pentru afectiuni acute/ subacute sau acutizarile unor afectiuni cronice se vor acorda conform recomandarilor medicale in conditiile stabilite prin norme, iar la domiciliu se au in vedere si prevederile de la pct. 1.3.

1.1.3. Consultatii periodice pentru ingrijirea generala a asiguratilor cu boli cronice se vor realiza pe baza de programare pentru:

- a) supravegherea evolutiei bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicatiilor;
- d) educatia asiguratului privind autoingrijirea.

1.1.3.1. Consultatiile in cabinet pentru afectiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de catre medic, in conditiile stabilite prin norme, iar la domiciliu, conform planului de management stabilit de catre medic si in conditiile prevederilor pct. 1.3.

1.1.4. Consultatii de monitorizare activa prin plan de management integrat pe baza de programare pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii imbolnavirilor privind riscul cardiovascular inalt - HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2, astm bronic, boala cronica respiratorie obstructiva si boala cronica de rinichi

1.1.4.1. Consultatiile de monitorizare activa acopera urmatoarele:

- a) evaluarea initiala a cazului nou-depistat in primul trimestru dupa luarea in evidenta, episod ce poate include 3 consultatii la medicul de familie - bilant clinic initial care include screeningul complicatiilor, initierea si ajustarea terapiei pana la obtinerea raspunsului terapeutic preconizat, educatia pacientului - recomandare pentru investigatii paraclinice si bilet de trimitere pentru cazurile care necesita consultatii de specialitate sau care depasesc competenta medicului de familie;

b) monitorizarea pacientului cuprinde 2 consultatii programate, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicatiilor, educatia pacientului, investigatii paraclinice si tratament.

1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2, managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronsic si boala cronica respiratorie obstructiva (BPOC) si managementul bolii cronice de rinichi se detaliaza in norme.

1.2. Serviciile medicale preventive si profilactice sunt:

1.2.1. Consultatiile preventive sunt consultatii periodice active, oferite persoanelor cu varsta intre 0-18 ani, privind:

a) cresterea si dezvoltarea;

b) starea de nutritie si practicile nutritionale;

c) depistarea si interventia in consecinta pentru riscurile specifice grupei de varsta/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de varsta si sex, conform normelor.

1.2.1.1. Consultatiile se acorda dupa cum urmeaza:

a) la externarea din maternitate si o luna - la domiciliul copilului;

b) la 2, 4, 6, 9, 12,15,18, 24 si 36 de luni;

c) o data pe an de la 4 la 18 ani.

1.2.1.2. Conditile acordarii se stabilesc prin norme.

1.2.2. Consultatii in vederea monitorizarii evolutiei sarcinii si lauziei, conform prevederilor legale in vigoare:

a) luarea in evidenta in primul trimestru;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a pana in luna a 7-a.

In situatia in care luarea in evidenta a gravidei are loc in luna a 3-a, pentru aceasta luna se va raporta casei de asigurari de sanatate numai luarea in evidenta a gravidei, nu si supravegherea;

c) supravegherea, de doua ori pe luna, din luna a 7-a pana in luna a 9-a inclusiv;

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

e) urmarirea leuzei la 4 saptamani de la nastere.

1.2.2.1. In cadrul supravegherii gravidei se face si promovarea alimentatiei exclusive la san a copilului pana la varsta de 6 luni si continuarea acesteia pana la minimum 12 luni, testare pentru HIV, hepatita de etiologie virala cu virus B si C, precum si consiliere pre- si post testare HIV si lues a femeii gravide.

1.2.2.2. Conditile acordarii se stabilesc prin norme.

1.2.3. Consultatii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acorda la cabinetul medicului de familie in mod activ adultilor din populatia generala - fara semne de boala - se vor realiza dupa cum urmeaza:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu varsta intre 18 si 39 ani - o data la 3 ani, pentru care medicul de familie evalueaza expunerea la factorii de risc finalizata prin completarea riscogramei pentru grupa de varsta si sex corespunzatoare conform normelor. Pentru persoanele asimptomatice cu varsta intre 18 si 39 ani depistate cu risc inalt, consultatiile preventive de evaluare se acorda anual, conform prevederilor pct. 1.2.3.2.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu varsta > 40 ani - anual, pentru care medicul de familie evalueaza expunerea la factorii de risc finalizata prin completarea riscogramei pentru grupa de varsta si sex corespunzatoare conform normelor.

1.2.3.3. Conditiiile acordarii se stabilesc prin norme.

1.2.4. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentatiei si depistare de boli cu potential endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere catre structurile de specialitate pentru investigatii, confirmare, tratament adecvat si masuri igienico-sanitare specifice, dupa caz. Bolile cu potential endemoepidemic sunt cele prevazute la pct. II din anexa la Hotararea Guvernului nr. 1.186/2000 .

1.2.4.1. Se acorda o singura consultatie per persoana pentru fiecare boala cu potential endemoepidemic suspicionata si confirmata.

1.2.5. Consultatii pentru acordarea serviciilor de planificare familiala:

a) consilierea femeii privind planificarea familiala;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fara risc.

1.2.5.1. Consultatia poate cuprinde, dupa caz, numai serviciul prevazut la pct. 1.2.5 lit. a) sau serviciile prevazute la pct. 1.2.5 lit. a) si b) si se acorda maximum doua consultatii pe an calendaristic, pe asigurat.

1.3. Consultatiile la domiciliu sunt acordate asiguratilor de pe lista proprie a medicului de familie, in afara cabinetului, in timpul programului de lucru pentru consultatiile la domiciliu.

Consultatiile la domiciliu se acorda asiguratilor nedeplasabili din motiv de invaliditate permanenta sau invaliditate temporara, asiguratilor cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0-1 an, copiilor cu varsta 0-18 ani cu boli infectocontagioase si lehzurilor.

Este considerata consultatie la domiciliu inclusiv consultatia/examinarea acordata de medicul de familie in vederea constatarii decesului.

1.3.1. Consultatiile la domiciliu se acorda de catre medicul de familie pentru un asigurat in scris pe lista proprie, astfel: maximum doua consultatii pentru fiecare episod acut/ subacut/acutizari ale bolilor cronice, maximum 4 consultatii/an pentru bolile cronice si o consultatie pentru fiecare situatie de urgenta.

1.3.2. Consultatiile acordate la domiciliul asiguratilor - maximum 42 de consultatii pe luna pe medic cu lista proprie de persoane asigurate in scrise, dar nu mai mult de 3 consultatii pe zi

1.3.3. Conditiiile acordarii se stabilesc prin norme.

1.4. Serviciile medicale aditionale reprezinta servicii care se ofera optional in cabinetele medicilor de familie, exclusiv asiguratilor de pe lista proprie. Aceste servicii sunt acordate numai in cadrul

cabinetelor care au dotarea corespunzatoare, iar medicul de familie are competenta dobandita prin parcurgerea unui program educational specific, certificat suplimentar, dupa caz.

1.4.1. Serviciile aditionale sunt:

- a) efectuare si interpretare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate;
- b) ecografie generala - abdomen si pelvis.

1.4.1.1. Conditiiile acordarii se stabilesc prin norme, in limita sumei contractate conform actului aditional incheiat cu casa de asigurari de sanatate, din fondul alocat asistentei medicale paraclinice.

1.5. Activitatile de suport sunt reprezentate de eliberarea urmatoarelor documente: concediu medical, bilete de trimitere, prescriptii medicale, adeverinte medicale pentru copii in caz de imbolnaviri, acte medicale necesare copiilor aflati in plasament din cadrul sistemului de asistenta sociala si protectia copilului, adeverinte medicale pentru inscrierea in colectivitate si avize epidemiologice pentru (re) intrare in colectivitate, conform prevederilor legale in vigoare, precum si eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu exceptia situatiilor de suspiciune care necesita expertiza medico-legala, conform prevederilor legale, ca urmare a examinarii pentru constatarea decesului.

1.5.1. Conditiiile acordarii se stabilesc prin norme.

1.6. Serviciile de administrare de medicamente - intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil, dupa caz, acordate asiguratilor de pe lista proprie a medicului de familie, in timpul programului de lucru in cabinet.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA ACORDATE IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE CLINICE

1. Pachetul de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie pentru specialitatile clinice cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale - consultatii pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala;
- 1.2. servicii medicale curative - consultatii pentru afectiuni acute, subacute si acutizari ale bolilor cronice;
- 1.3. servicii medicale curative - consultatii pentru afectiuni cronice;
- 1.4. depistarea de boli cu potential endemoepidemic;
- 1.5. servicii de planificare familiala;
- 1.6. servicii diagnostice si terapeutice;
- 1.7. servicii de sanatate conexe actului medical;
- 1.8. servicii de supraveghere a sarcinii si lehuziei.

1.1. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala: asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de specialitate. Asistenta medicala de urgenta se refera la cazurile de cod rosu, cod galben si cod verde prevazute

in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2.021/691/2008, cu modificarile ulterioare, pentru care medicul de specialitate acorda primul ajutor si, daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2.021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se acorda o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata, pentru care s-a acordat, primul ajutor sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical, cu exceptia copiilor 0 - 18 ani pentru care se acorda maximum 2 consultatii.

1.1.2. Conditiiile acordarii se stabilesc prin norme.

1.2. Consultatia medicala de specialitate pentru afectiuni acute si subacute, precum si acutizari ale bolilor cronice cuprinde:

a) anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialitatii respective, stabilirea protocolului de explorari si/sau interpretarea integrativa a explorarilor si a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie si/sau a medicului de specialitate, in vederea stabilirii diagnosticului;

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

c) stabilirea conduitei terapeutice si/sau prescrierea tratamentului medical si igieno-dietetic, precum si instruirea in legatura cu masurile terapeutice si profilactice;

d) recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu, dupa caz;

e) recomandare pentru dispozitive medicale, dupa caz;

f) bilet de internare, dupa caz;

g) bilet de trimitere catre alte specialitati, dupa caz;

h) eliberare de concediu medical, dupa caz;

i) bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, dupa caz.

1.2.1. Pentru acelasi episod de boala acuta/subacuta/ acutizari ale bolilor cronice se acorda maximum 3 consultatii pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului si a evolutiei cazului.

1.2.2. Consultatia medicala de specialitate se acorda pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate, numai pentru cazurile in care asiguratul a avut biletul de trimitere initial eliberat de medicul de familie si numai in conditiile in care medicul trimitator se afla in relatie contractuala - contract sau conventie - cu casa de asigurari de sanatate. Fac exceptie de la prevederile anterioare consultatiile pentru afectiunile stabilite prin norme, 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 si a treia consultatie, in vederea stabilirii diagnosticului si/sau tratamentului, se face direct, fara alt bilet de trimitere.

1.2.4. Pentru asiguratii cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital se acorda maximum doua consultatii pentru:

- a) urmarirea evolutiei sub tratamentul stabilit in cursul internarii;
- b) efectuarea unor manevre terapeutice;
- c) dupa o interventie chirurgicala sau ortopedica, pentru examenul plagii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

1.2.4.1. Medicul de specialitate are obligatia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicala, despre planul terapeutic stabilit initial, precum si orice modificare a acestuia, la momentul in care aceasta a survenit.

1.2.4.2. Pentru situatiile prevazute la pct. 1.2.4. nu este necesar bilet de trimitere.

1.3. Consultatia medicala de specialitate pentru afectiuni cronice cuprinde:

a) anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialitatii respective, stabilirea protocolului de explorari si/sau interpretarea integrativa a explorarilor si a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie si/sau a medicului de specialitate, in vederea stabilirii diagnosticului;

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

c) stabilirea conduitei terapeutice si/sau prescrierea tratamentului medical si igieno-dietetic, precum si instruirea in legatura cu masurile terapeutice si profilactice;

d) recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu, dupa caz;

e) recomandare pentru dispozitive medicale, dupa caz;

f) evaluare clinica si paraclinica, prescrierea tratamentului si urmarirea evolutiei bolnavilor cu afectiuni cronice, in limita competentelor, trimestrial sau, dupa caz, lunar, conform prevederilor legale in vigoare;

g) bilet de trimitere catre alte specialitati/internare, dupa caz;

h) eliberare de concediu medical, dupa caz.

1.3.1. Pentru evaluarea clinica si paraclinica, prescrierea tratamentului si urmarirea evolutiei asiguratilor cu afectiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate in cadrul aceleiasi specialitati, se acorda pe un bilet de trimitere maximum 4 consultatii/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultatii pe luna.

1.3.2. Consultatia medicala de specialitate se acorda pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile in care asiguratul a avut biletul de trimitere initial eliberat de medicul de familie si numai in conditiile in care medicul trimittor se afla in relatie contractuala - contract sau conventie - cu casa de asigurari de sanatate. Fac exceptie de la prevederile anterioare consultatiile pentru afectiunile stabilite prin norme 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 si a patra consultatie in cadrul unui trimestru, se face direct, fara alt bilet de trimitere.

1.3.4. Pentru asiguratii cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital se acorda maximum doua consultatii pentru:

- a) urmarirea evolutiei sub tratamentul stabilit in cursul internarii;
- b) efectuarea unor manevre terapeutice;
- c) dupa o interventie chirurgicala sau ortopedica, pentru examenul plagii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

1.3.4.1. Medicul de specialitate are obligatia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicala, despre planul terapeutic stabilit initial, precum si orice modificare a acestuia, la momentul in care aceasta a survenit.

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

1.3.5. Pentru asiguratii care au bilet de trimitere de la medicul de familie, in cadrul managementului integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2, al bolilor respiratorii cronice - astm bronsic si BPOC si al bolii cronice de rinichi, medicul de specialitate efectueaza in cabinet proceduri/recomanda, dupa caz, investigatii paraclinice suplimentare fata de cele recomandate de medicul de familie.

1.3.6. Conditiiile acordarii consultatiilor prevazute la pct. 1.3 se stabilesc prin norme.

1.4. Depistarea de boli cu potential endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare si tratament. Bolile cu potential endemoepidemic sunt cele prevazute la pct. II din anexa la Hotararea Guvernului nr. 1.186/2000 .

1.4.1. Se acorda o singura consultatie per persoana asigurata pentru fiecare boala cu potential endemoepidemic suspicionata si confirmata.

1.5. Consultatii pentru acordarea serviciilor de planificare familiala:

- a) consilierea femeii privind planificarea familiala;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fara risc;
- c) evaluarea si monitorizarea statusului genito-mamar;
- d) tratamentul complicatiilor.

1.5.1. Consultatia poate cuprinde, dupa caz, numai serviciul prevazut la pct. 1.5 lit. a) sau serviciile prevazute la pct. 1.5 lit. a)-d) si se acorda patru consultatii pe an calendaristic, pe asigurat.

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

1.5.3. Conditiiile acordarii se stabilesc prin norme.

1.6. Servicii diagnostice si terapeutice

Procedurile diagnostice si terapeutice care se realizeaza in ambulatoriul de specialitate sunt nominalizate in tabelul de mai jos. Conditiiile acordarii se stabilesc prin norme.

Nr.	Denumire procedura diagnostica/terapeutica/tratamente/terapii
-----	---

| crt. | |

--

| A. Proceduri diagnostice simple |

--

| 1 | biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia |

--

| 2 | biometrie |

--

| 3 | explorarea campului vizual (perimetrie computerizata) |

--

| 4 | recoltare pentru test Babes-Papanicolau |

--

| 5 | EKG standard |

--

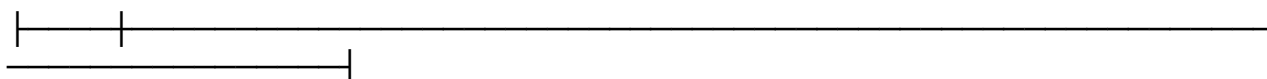
| 6 | peak-flowmetrie |

--

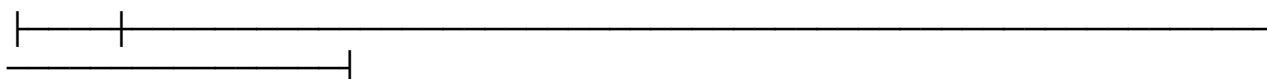
| 7 | spirometrie |

--

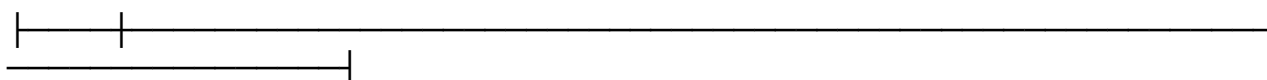
| 8 | pulsoximetrie |



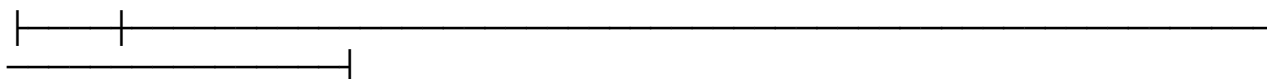
| 9 | teste cutanate (prick sau idr) cu seturi standard de alergeni (maximum |
| 8 teste inclusiv materialul pozitiv si negativ) |



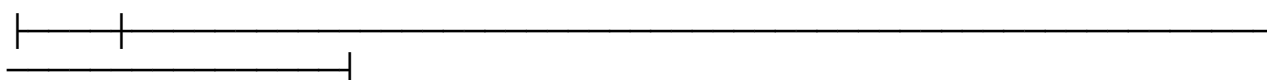
| 10 | teste de provocare nazala, oculara, bronsica |



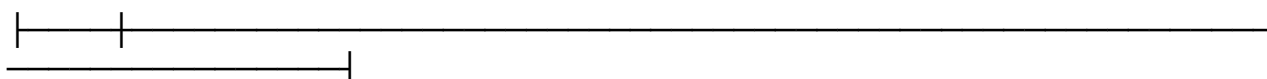
| 11 | teste cutanate cu agenti fizici (maximum 4 teste) |



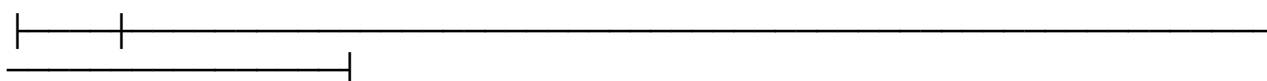
| 12 | test la ser autolog |



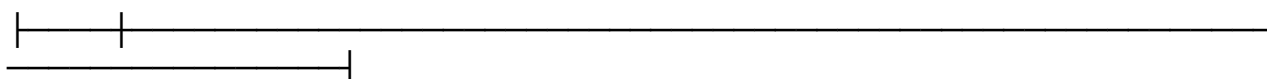
| 13 | testare cutanata la anestezice locale |



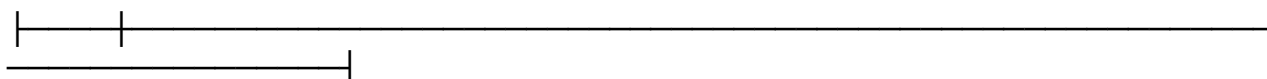
| 14 | testare cutanata alergologica patch (alergia de contact) |



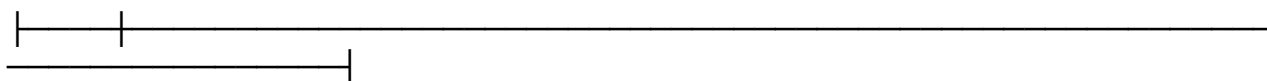
| 15 | examinare cu lampa Wood |



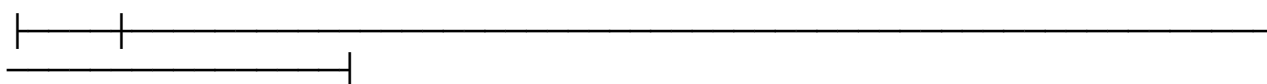
| 16 | determinarea indicelui de presiune glezna/brat, respectiv deget/brat |



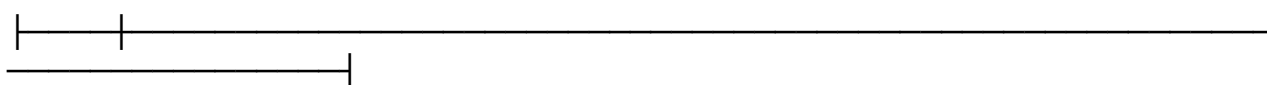
| 17 | masurarea fortei musculare cu dinamometrul |



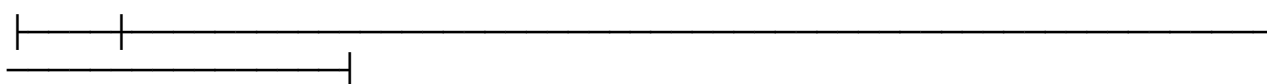
18	teste de sensibilitate (testul filamentului, testul diapazonului,
	testul sensibilitatii calorice si testul sensibilitatii
	discriminatorii)



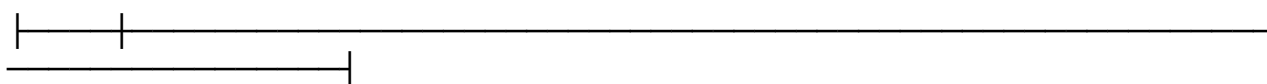
| 19 | teste clinice (eds, scor miastenic, updrs, mms, raisberg) |



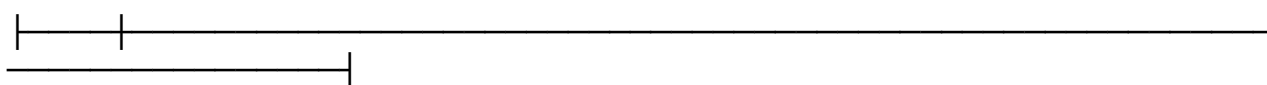
| 20 | recoltare material bioptic |



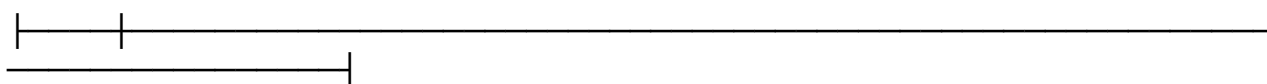
| | B. Proceduri diagnostice de complexitate medie |



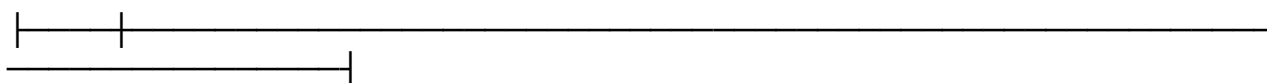
| 1 | determinarea refractiei (skiascopie, refractometrie, |
| | autorefractometrie), astigmatometrie |



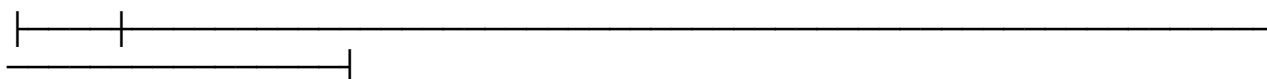
| 2 | tonometrie; pahimetrie corneeană |



| 3 | explorarea functiei binoculare (test Worth, Maddox, sinoptofor), examen |
| | pentru diplopie |

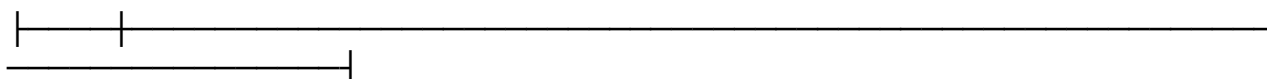


| 4 | foniatrice |

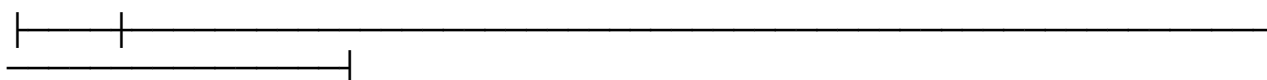


| 5 | audiograma*) |

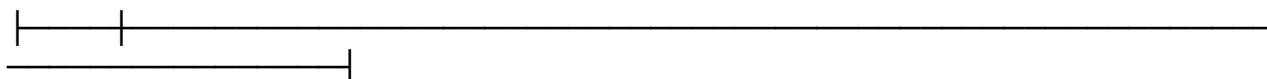
| | *) Include audiometrie tonala liminara si/sau vocala. |



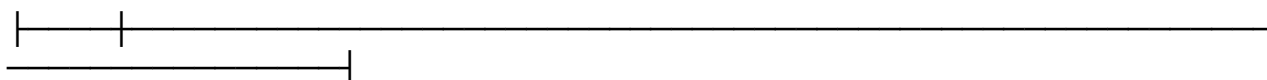
| 6 | examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop) |



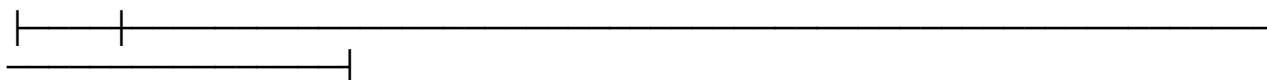
| 7 | dermatoscopie |



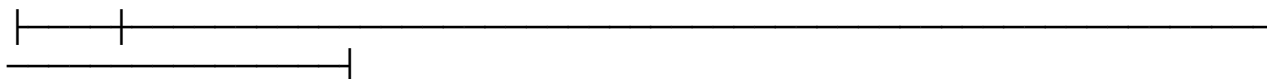
| 8 | electrocardiografie continua (24 de ore, holter) |



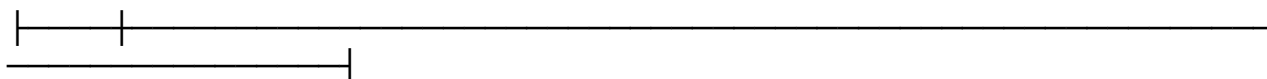
| 9 | tensiune arteriala continua - holter TA |



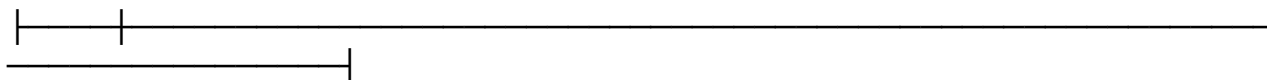
| 10 | EKG de efort la persoanele fara risc cardiovascular inalt |



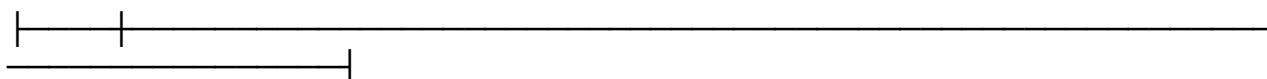
| 11 | EEG standard |



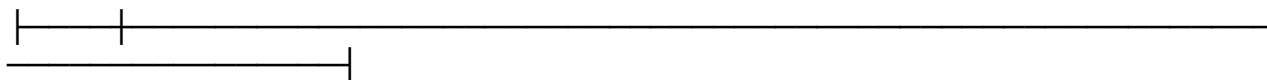
| 12 | spiograma + test farmacodinamic bronhomotor |



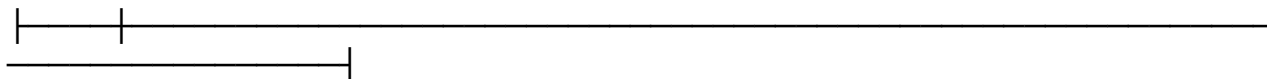
| 13 | osteodensitometrie segmentara cu ultrasunete |



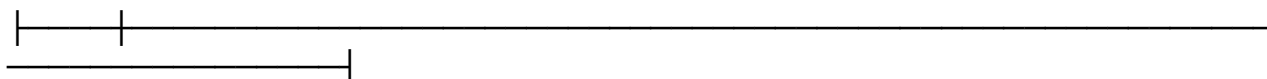
| 14 | electromiograma |



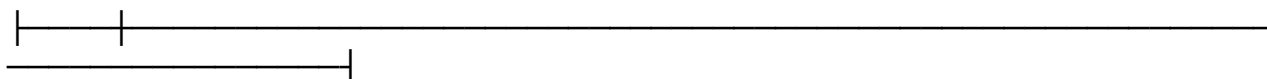
| 15 | evaluarea cantitativa a raspunsului galvanic al pielii |



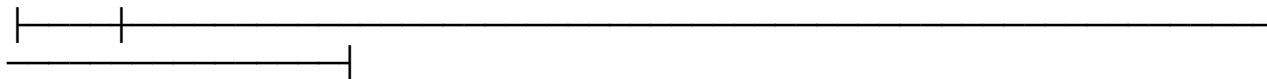
| | C. Proceduri diagnostice complexe |



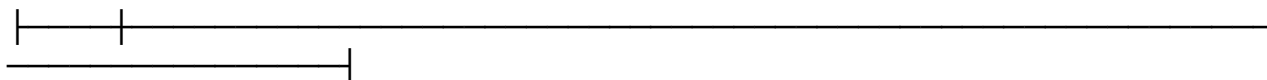
| 1 | examen electroneuromiografic cu ac |



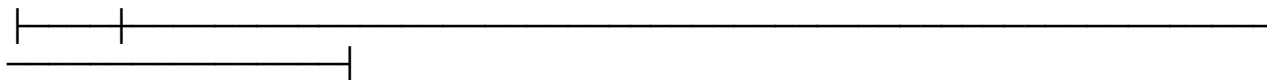
| 2 | determinarea potentialelor evocate (vizuale, auditive, somatoestezice) |



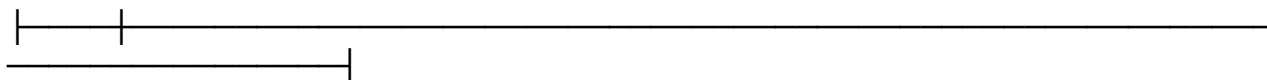
| 3 | examen electroencefalografic cu probe de stimulare si/sau mapping |



| 4 | examen doppler vase extracraniene segment cervical (echotomografic si |
| duplex) |



| 5 | examen doppler transcranian al vaselor cerebrale si tehnici derivate |



| 6 | endoscopie digestiva superioara (esofag, stomac, duoden) cu sau fara |

| | biopsie, dupa caz |

| 7 | endoscopie digestiva inferioara (rect, sigmoid, colon) cu sau fara |

| | biopsie, dupa caz |

| 8 | colposcopia |

| 9 | monitorizare hemodinamica prin metoda bioimpedantei toracice |

| | D. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple |

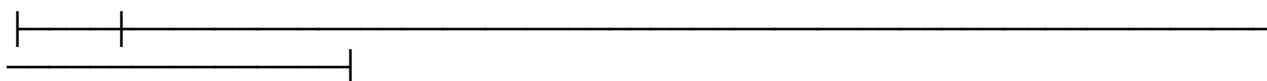
| 1 | extractie de corpi straini - conjunctiva, corneea, sclera, segment |

| | anterior |

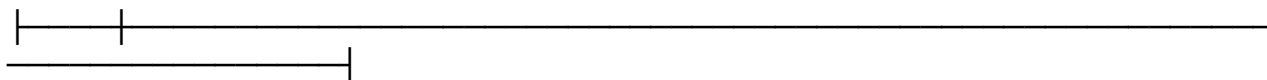
| 2 | incizia glandei lacrimale si a sacului lacrimal |

| 3 | tratamentul chirurgical al pingueculei |

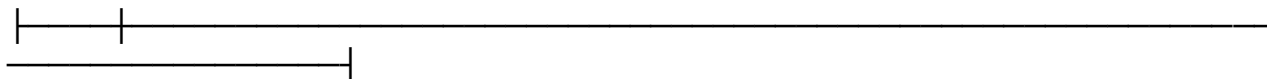
| 4 | tratamentul chirurgical al pterigionului |



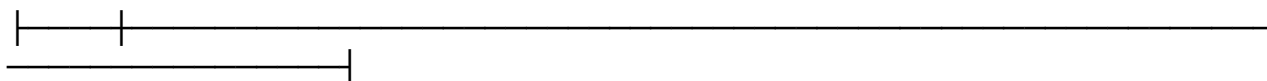
| 5 | sutura unei plagi de pleoapa, conjunctiva; |



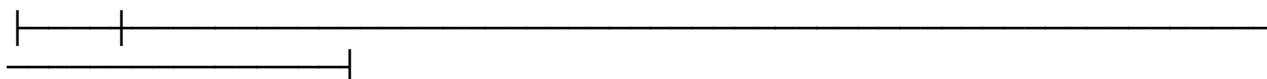
| 6 | injectare subconjunctivala, retrobulbara de medicamente |



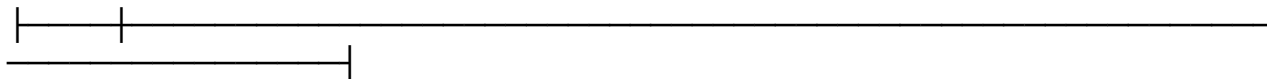
| 7 | criocoagularea (crioaplicatia) conjunctivala |



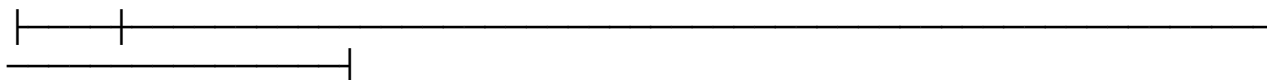
| 8 | cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului |



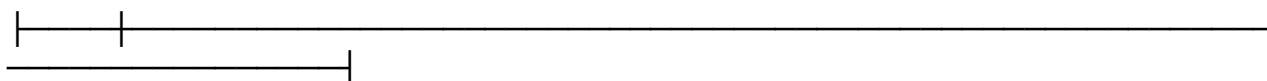
| 9 | tamponament posterior si/sau anterior ORL |



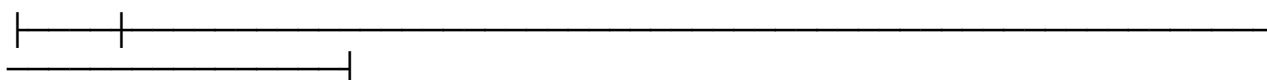
| 10 | extractie corpi straini: conduct auditiv extern, nas, faringe |



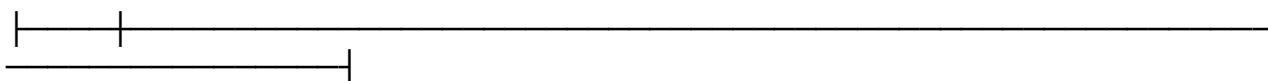
| 11 | aspiratia si lavajul sinusului nazal prin punctie |



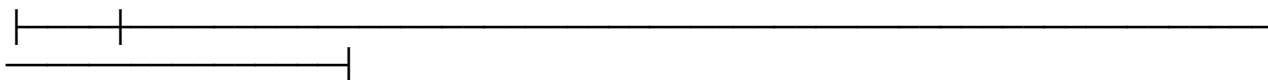
| 12 | tratament chirurgical al traumatismelor ORL |



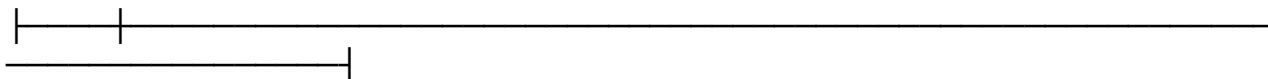
| 13 | oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie |



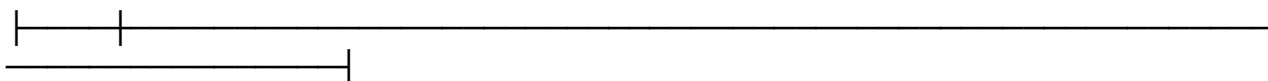
| 14 | terapia chirurgicala a afectiunilor mamare superficiale |



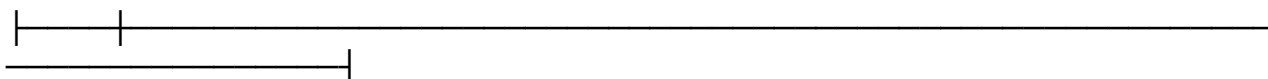
| 15 | insertia dispozitivului intrauterin |



| 16 | fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate |



| 17 | crioterapia in leziuni cutanate |

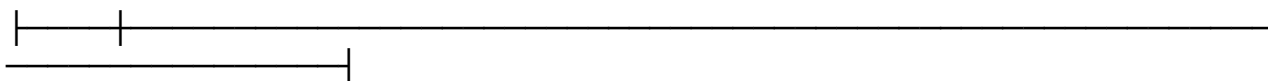


| 18 | tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plagi taiate |

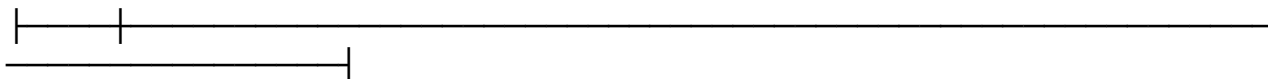
| | superficial, intepate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscente |

| | plagi (anestezie, excizie, sutura, inclusiv indepartarea firelor, |

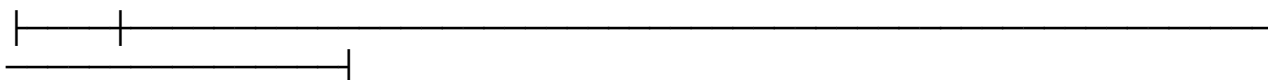
| | pansament) |



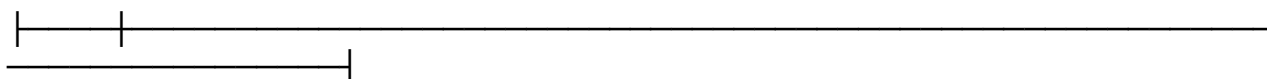
| 19 | terapia chirurgicala a arsurilor termice < 10% |



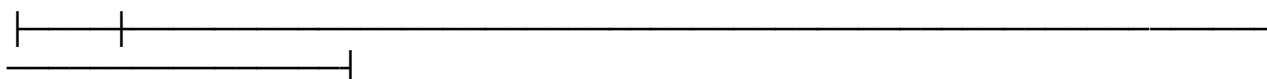
| 20 | terapia chirurgicala a degeraturilor de grad I si II |



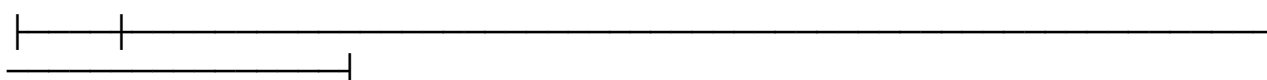
| 21 | terapia chirurgicala a leziunilor externe prin agenti chimici < 10% |



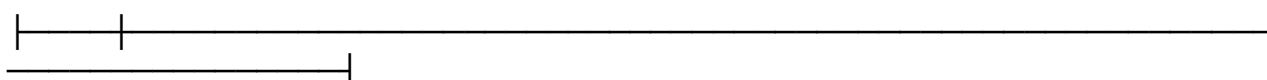
| 22 | terapia chirurgicala a panaritiului (eritematos, flictenular, |
| | periunghial, subunghial, antracoid, pulpar) |



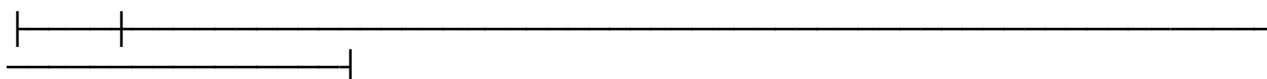
| 23 | terapia chirurgicala a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, |
| | lipoamelor neinfectate |



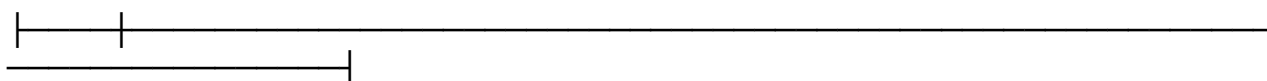
| 24 | terapia chirurgicala a furunculului, furunculului antracoid, |
| | furunculozei |



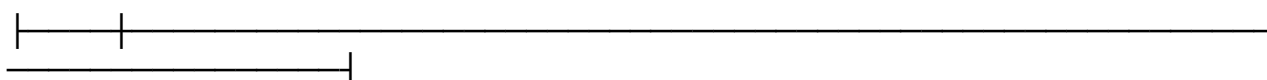
| 25 | terapia chirurgicala a abcesului (de parti moi, perianal, pilonidal) |



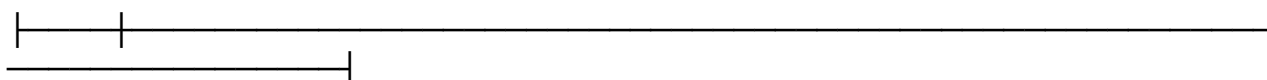
| 26 | terapia chirurgicala a panaritiului osos, articular, tenosinova |



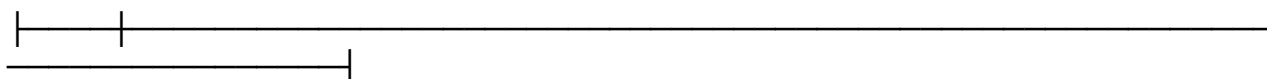
| 27 | terapia chirurgicala a hidrosadenitei |



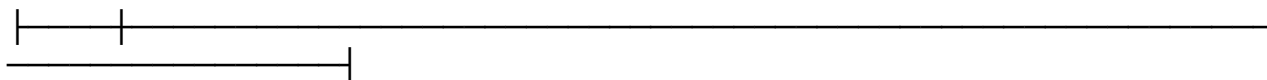
| 28 | terapia chirurgicala a edemului dur si seromului posttraumatic |



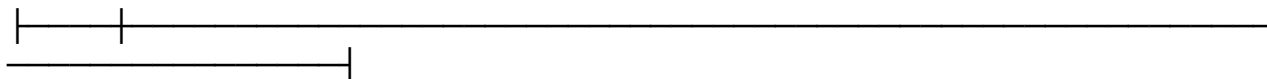
| 29 | terapia chirurgicala a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptura |
| | pachet varicos |



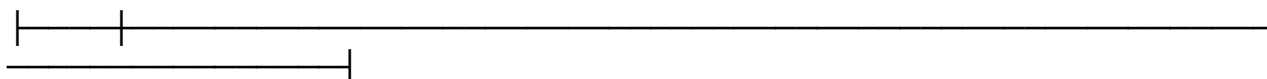
| 30 | terapia chirurgicala a granulomului ombilical |



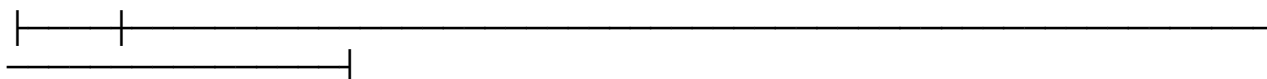
| 31 | terapia chirurgicala a supuratiilor postoperatorii |



| 32 | tratamentul plagilor |



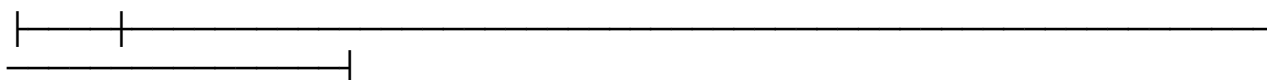
| 33 | terapia chirurgicala a fimozei (decalotarea, debridarea) |



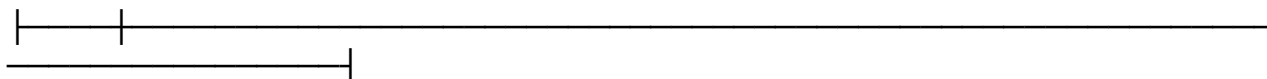
| 34 | tratament postoperator al plagilor abdominale, al interventiilor |

| | chirurgicale dupa cezariana, sarcina extrauterina operata, |

| | histerectomie, endometrioza |



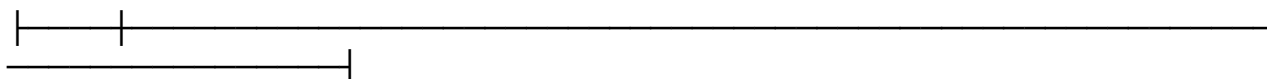
| | E. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe |



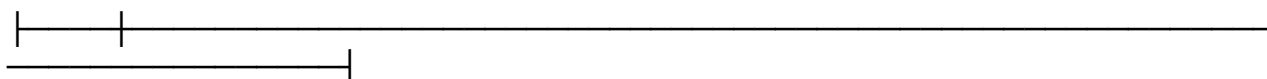
| 1 | tratamentul chirurgical al unor afectiuni ale anexelor globului ocular |

| | (salazion, tumori benigne care nu necesita plastii intinse, chist |

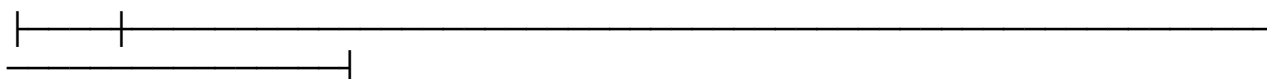
| | conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme) |



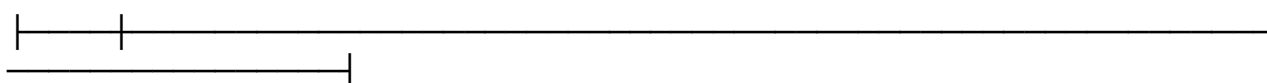
| 2 | tratament cu laser al polului anterior, polului posterior |



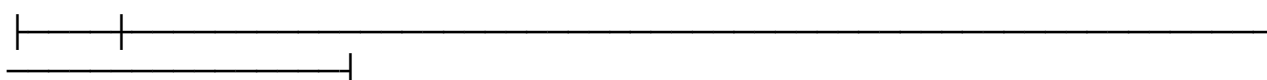
| 3| tratament chirurgical ORL colectie: sept, flegmon periamigdalian, |
| | furuncul cai aeriene externe, furuncul vestibul nazal, othematom |



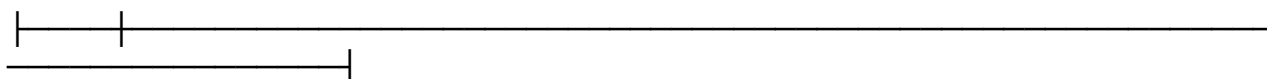
| 4| extragere fibroscopica de corpi straini din caile respiratorii |
| | superioare |



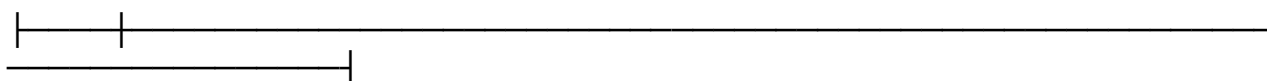
| 5| manevre de mica chirurgie pentru abces si/sau chist vaginal sau |
| | bartholin cu marsupializare, polipi, vegetatii vulva, vagin, col |



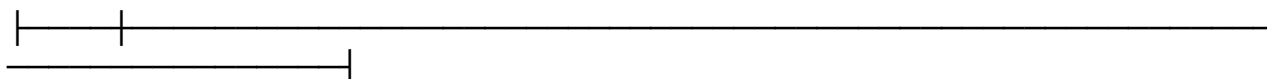
| 6| cauterizare de col uterin |



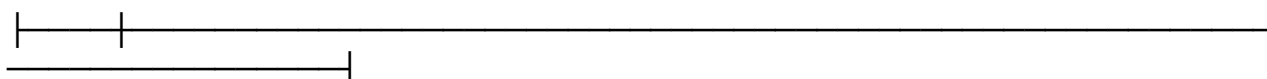
| 7| diatermocoagularea colului uterin |



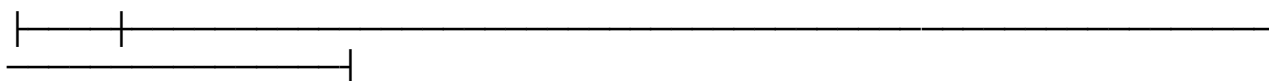
| 8| electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune |



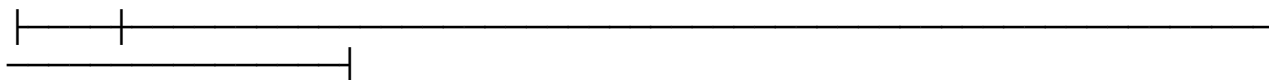
| 9| terapia chirurgicala complexa a panaritiului osos, articular, |
| | tenosinova |



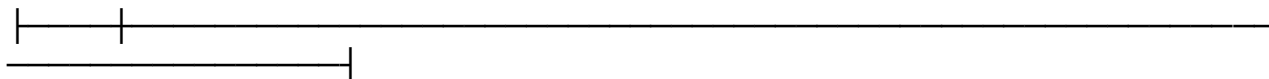
| 10| terapia chirurgicala a flegmoanelor |



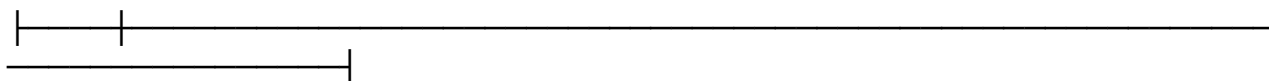
| 11 | terapia chirurgicala a hematomului |



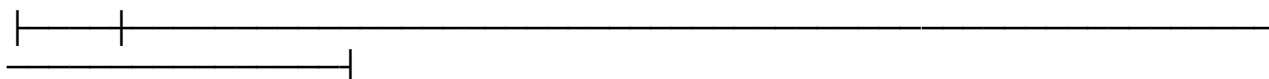
| 12 | dilatatia stricturii uretrale |



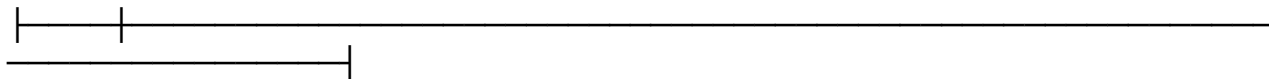
| 13 | criocoagularea (crioaplicatia) transsclerala |



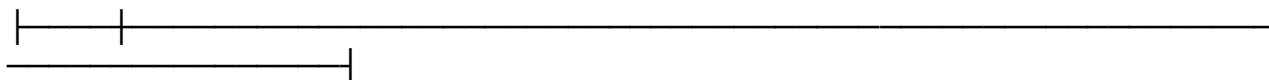
| | F. Proceduri terapeutice/tratamente medicale simple |



| 1 | aerosoli/sedinta (maximum 3 sedinte) |

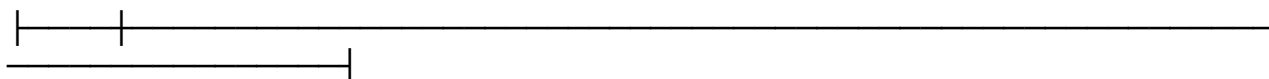


| 2 | toaleta auriculara unilateral (doua proceduri) |

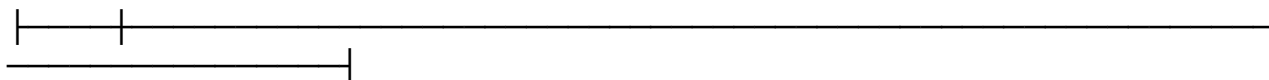


| 3 | administrare tratament prin injectarea partilor moi (intramuscular, |

| | intradermic si subcutanat) |

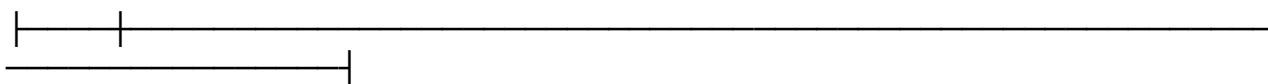


| | G. Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie |

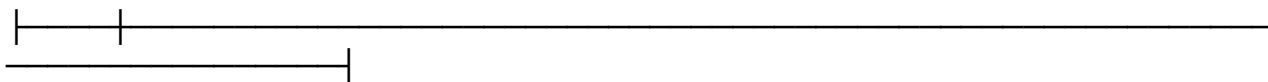


| 1 | fotochimioterapie (UVA) cu oxoralen locala sau generala/sedinta |

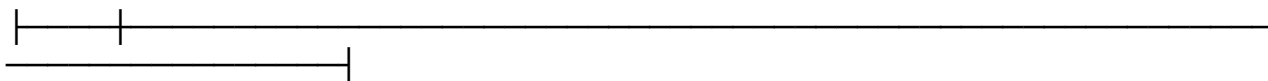
| | (maximum 4 sedinte) |



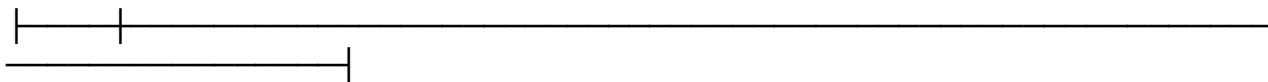
| 2 | fotochimioterapie (UVB cu spectru ingust)/sedinta (maximum 4 sedinte) |



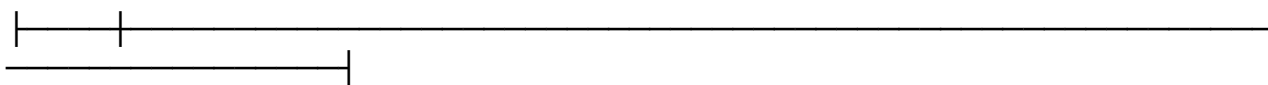
| 3 | mezoterapia - injectare terapeutica paravertebrala si periarticulara |



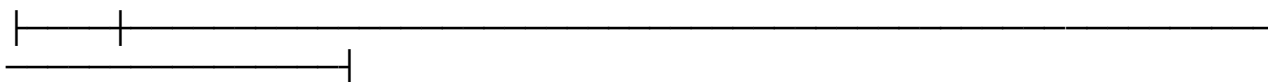
| 4 | probe de repositionare vestibulara |



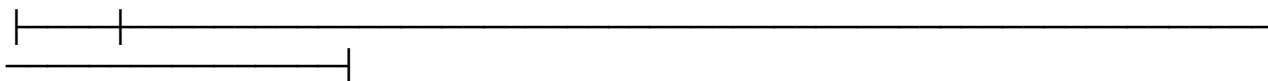
| 5 | imunoterapie specifica cu vaccinuri alergice standardizate |



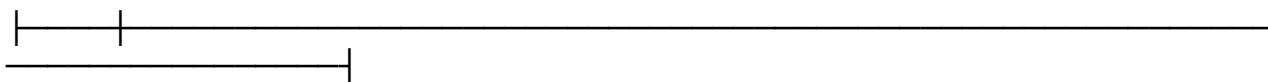
| 6 | administrare tratament prin punctie intravenoasa |



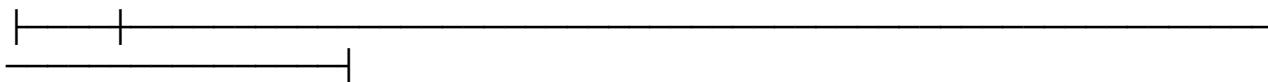
| 7 | infiltratii nervoase regionale |



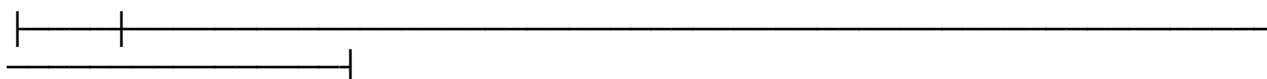
| 8 | instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlata de pacient |



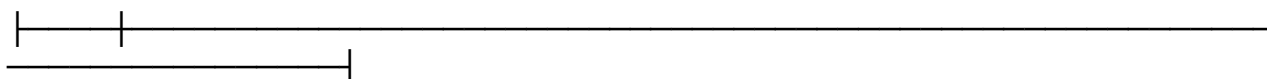
| | H. Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe |



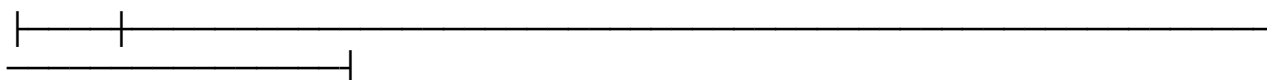
| 1 | punctii si infiltratii intraarticulare |



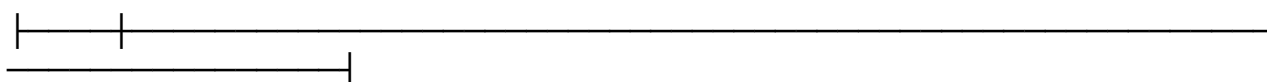
| 2 | instilatia uterotubara terapeutica |



| 3 | blocaje chimice pentru spasticitate (toxina botulinica) |



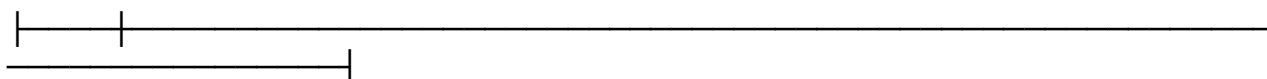
| | I. Tratamente ortopedice medicale |



| 1 | tratamentul ortopedic al luxatiei, entorsei sau fracturii antebratului, |

| | pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, |

| | metatarsiene, falange |



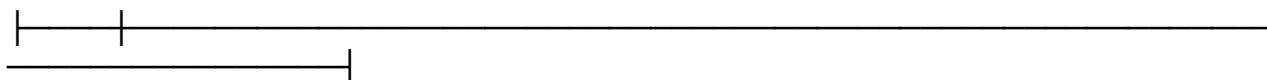
| 2 | tratamentul ortopedic al entorsei sau luxatiei pateleii, umarului; |

| | disjunctie acromioclaviculara; tratamentul fracturii gambei, coastelor, |

| | claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, |

| | bicipital, cvadricipital); instabilitate acuta de genunchi; ruptura |

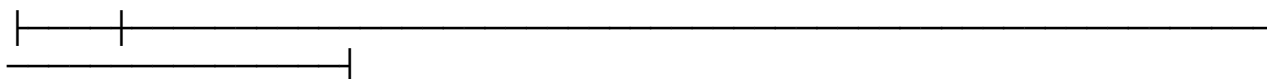
| | musculara |



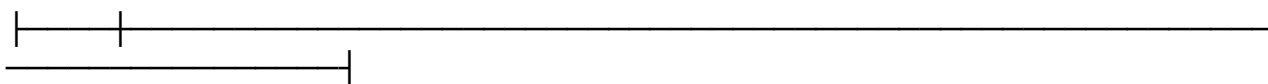
| 3 | tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxatiei, entorsei de |

| | genunchi, fracturii de gamba cu aparat cruropedios; tratamentul |

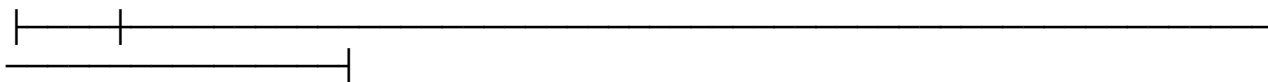
| | scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare |



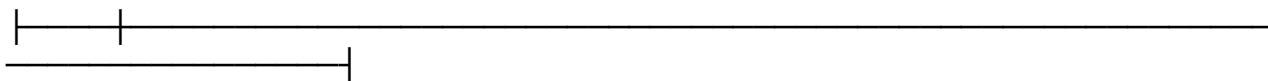
| 4 | tratament in displazia luxanta a soldului in primele 6 luni de viata |



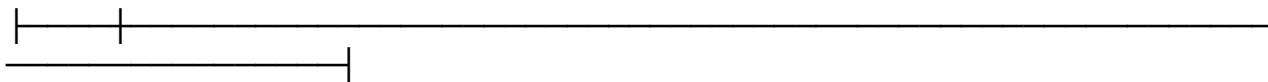
| 5 | tratamentul piciorului stramb congenital in primele 3 luni de viata |



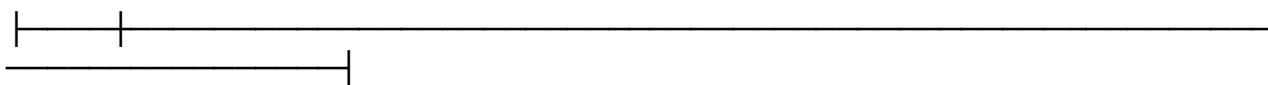
| 6 | tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg |



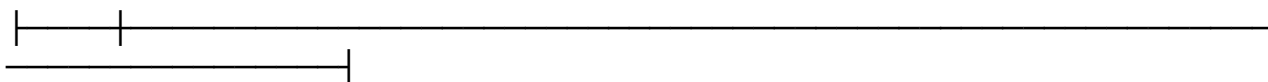
| 7 | tratamentul fracturii amielice fara deplasare a coloanei vertebrale |



| | J. Terapii psihiatrice |

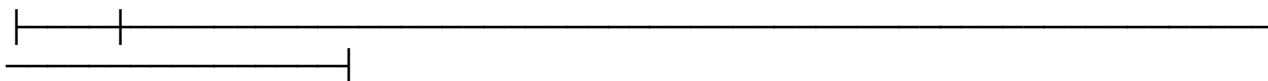


| 1 | consiliere psihiatrica nespecifica individuala si familiala |



| 2 | psihoterapie de grup (psihoze, tulburari obsesiv-compulsive, tulburari |

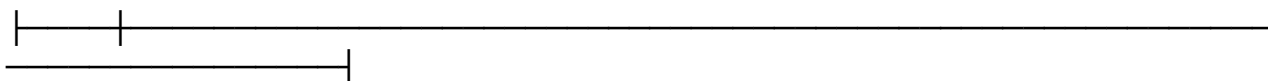
| | fobice, tulburari de anxietate, distimii, adictii) |



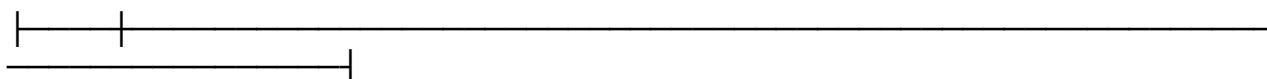
| 3 | psihoterapie individuala (psihoze, tulburari obsesiv-compulsive, |

| | tulburari fobice, tulburari de anxietate, distimii, adictii, tulburari |

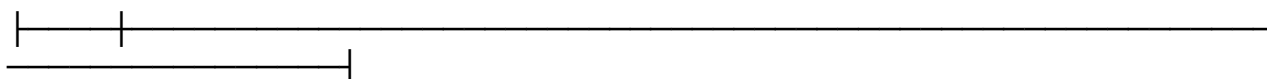
| | din spectrul autist) |



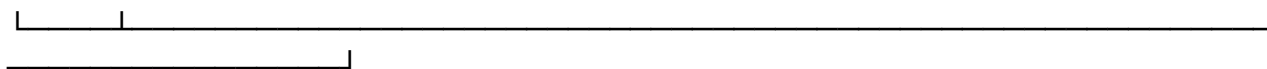
| 4 | terapia cognitiv-comportamentala |



| | K. Terapii de genetica medicala |



| 1 | Sfat genetic |



1.7. Serviciile de sanatate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica, psihoterapie si psihopedagogie speciala - logopezi si kinetoterapeuti/profesori de cultura fizica medicala/fiziokinetoterapeuti si pot face obiectul contractelor incheiate de casele de asigurari de sanatate cu medicii de specialitate, cu urmatoarele specialitati clinice:

- a) neurologie si neurologie pediatrica;
- b) otorinolaringologie;
- c) psihiatrie si psihiatrie pediatrica;
- d) reumatologie;
- e) ortopedie si traumatologie si ortopedie pediatrica;
- f) oncologie medicala;
- g) diabet zaharat, nutritie si boli metabolice;
- h) hematologie;
- i) nefrologie.

1.7.1. Lista serviciilor de sanatate conexe actului medical:

a) Neurologie si neurologie pediatrica:

a1) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie:

a1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic;

a1.2) consiliere psihologica clinica pentru copii/adulti;

a1.3) psihoterapie pentru copii/adult;

a2) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped: consiliere/interventie de psihopedagogie speciala - logoped;

a3) servicii conexe furnizate de kinetoterapeut/profesor de cultura fizica medicala/fiziokinetoterapeut:

a3.1) kinetoterapie individuala;

a3.2) kinetoterapie de grup;

a3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate.

b) Otorinolaringologie:

b1) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie:

b1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic;

b1.2) consiliere psihologica clinica;

b2) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped:

b2.1) consiliere/interventie de psihopedagogie speciala - logoped;

b2.2) exercitii pentru tulburari de vorbire - sedinta.

c) Psihiatrie si psihiatrie pediatrica:

c1) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie:

c1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic;

c1.2) consiliere psihologica clinica pentru copii/adulti;

c1.3) consiliere psihologica clinica pentru copii diagnosticati cu tulburari din spectrul autist, numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrica - intr-o metoda psihoterapeutica aplicabila copilului diagnosticat cu tulburari din spectrul autist;

c1.4) psihoterapia copilului si familiei - pentru copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrica) - intr-o metoda psihoterapeutica aplicabila copilului diagnosticat cu tulburari din spectrul autist;

c2) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped: consiliere/interventie de psihopedagogie speciala - logoped;

c3) servicii furnizate de kinetoterapeut/profesor de cultura fizica medicala/fiziokinetoterapeut, numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrica, pentru copilul diagnosticat cu tulburari din spectrul autist:

c3.1) kinetoterapie individuala;

c3.2) kinetoterapie de grup;

c3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate.

d) Reumatologie - servicii furnizate de kinetoterapeut/ profesor de cultura fizica medicala/fiziokinetoterapeut:

d1) kinetoterapie individuala;

d2) kinetoterapie de grup;

d3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate.

e) Ortopedie si traumatologie si ortopedie pediatria: servicii furnizate de kinetoterapeut/profesor de cultura fizica medicala/fiziokinetoterapeut:

e1) kinetoterapie individuala;

e2) kinetoterapie de grup;

e3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate.

f) Oncologie medicala: serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie: consiliere psihologica clinica pentru copii si adulti cu afectiuni oncologice.

g) Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice: serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie: consiliere psihologica clinica pentru copii si adulti cu diagnostic confirmat de diabet zaharat.

h) Hematologie: serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie: consiliere psihologica clinica pentru copii si adulti cu afectiuni oncologice.

i) Nefrologie: serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie: consiliere psihologica clinica pentru copii si adulti cu insuficienta renala cronica - dializa.

1.7.2. Serviciile de kinetoterapie se acorda conform unui plan recomandat de medicul de recuperare, medicina fizica si balneologie prin scrisoare medicala.

1.7.3. Conditiiile acordarii se stabilesc prin norme.

1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii si lehzuziei - o consultatie pentru fiecare trimestru de sarcina si o consultatie in primul trimestru de la nastere.

1.8.1. Conditiiile acordarii se stabilesc prin norme.

2. Lista specialitatilor clinice pentru care se incheie contract de furnizare de servicii medicale in ambulatoriul de specialitate este prevazuta in norme.

3. Servicii de acupunctura - consultatii, cura de tratament

3.1. Consultatia de acupunctura: se acorda o singura consultatie pentru fiecare cura de tratament.

3.2. Cura de tratament: se acorda maximum 2 cure/an calendaristic pe asigurat. O cura de tratament reprezinta in medie 10 zile de tratament.

3.3. Consultatiile de acupunctura se acorda pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriul clinic.

3.4. Conditile acordarii serviciilor de acupunctura se stabilesc prin norme.

C. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA ACORDATE IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA CLINICA DE RECUPERARE, MEDICINA FIZICA SI BALNEOLOGIE

1. Servicii medicale - consultatii, serii de proceduri - in specialitatea clinica de recuperare, medicina fizica si balneologie.

1.1. Consultatia medicala de specialitate initiala cuprinde:

a) anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialitatii respective, stabilirea si recomandarea explorarilor necesare si/sau interpretarea integrativa a explorarilor si a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie si/sau a medicului de specialitate, in vederea stabilirii diagnosticului;

b) bilantul articular anatomic si functional, bilantul muscular, bilantul global gestual si intocmirea planului de recuperare;

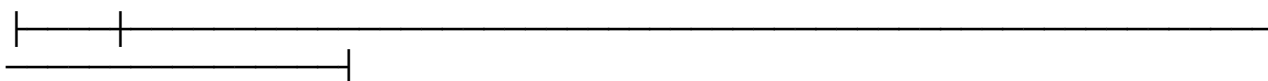
c) unele manevre specifice pe care medicul le considera necesare;

d) stabilirea conduitei terapeutice, prescrierea tratamentului medical igienico-dietetic si fizical si de recuperare, medicina fizica si balneologie, precum si instruirea in legatura cu masurile terapeutice si profilactice generale si specifice balneoclimatice - terapii cu factori naturali terapeutici: apele minerale terapeutice, lacurile si namolurile terapeutice, gazele terapeutice, ansamblul elementelor fizico-chimice ale climatului, inclusiv microclimatul de saline si pesteri, avizate de Ministerul Sanatatii conform legislatiei in vigoare.

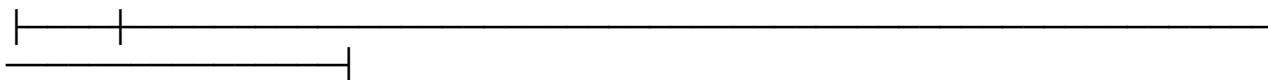
1.2. Consultatia de reevaluare se acorda inainte de inceperea unei serii de proceduri specifice de recuperare, medicina fizica si balneologie, in timpul seriei de proceduri sau la finalul fiecarei serii de proceduri, la un interval ce nu poate sa depaseasca 10 zile calendaristice de la momentul finalizarii acesteia.

1.3. Procedurile specifice de recuperare, medicina fizica si balneologie care se pot acorda in cadrul unei serii de proceduri sunt:

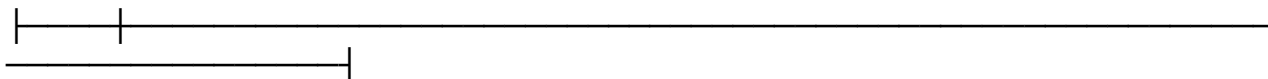
Nr.	Proceduri specifice de recuperare, medicina fizica si balneologie
crt.	
1.	Kinetoterapie de grup pe afectiuni



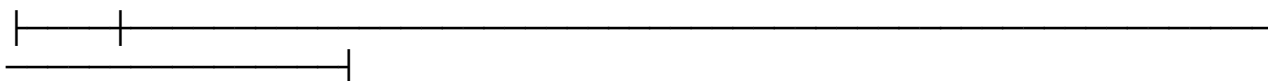
| 2. | Galvanizare |



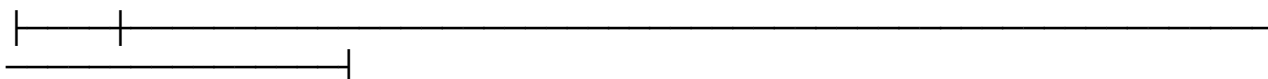
| 3. | Ionizare |



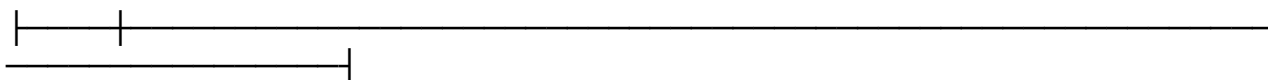
| 4. | Curenti diadinamici |



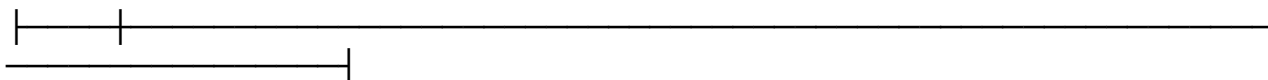
| 5. | Trabert |



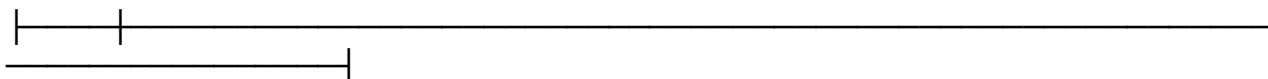
| 6. | TENS |



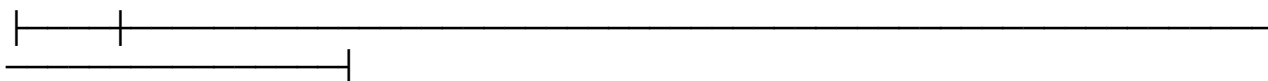
| 7. | Curenti interferentiali |



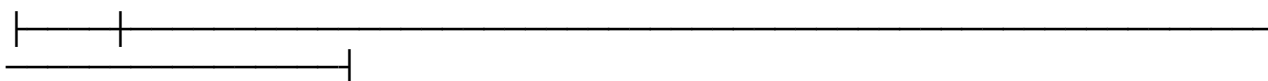
| 8. | Unde scurte |



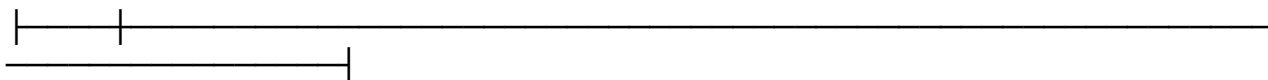
| 9. | Microunde |



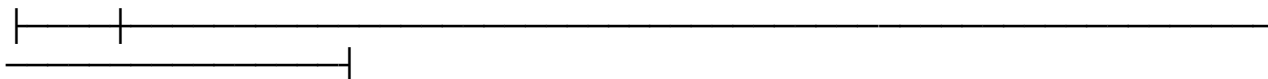
| 10. | Curenti de inalta frecventa pulsabila |



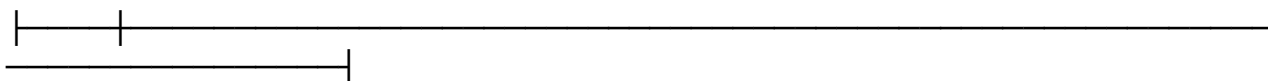
| 11. | Ultrasunet |



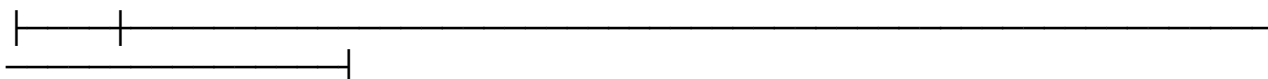
| 12. | Combinatie de ultrasunet cu curenti de joasa frecventa |



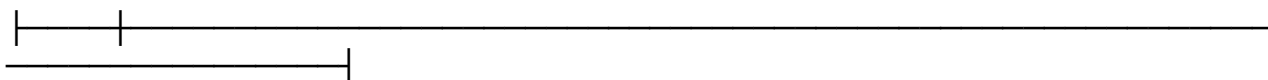
| 13. | Magnetoterapie |



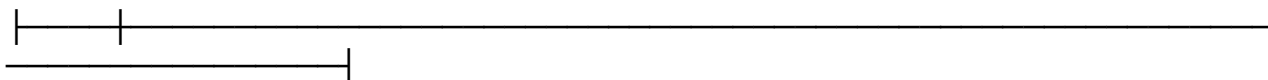
| 14. | Laserterapie |



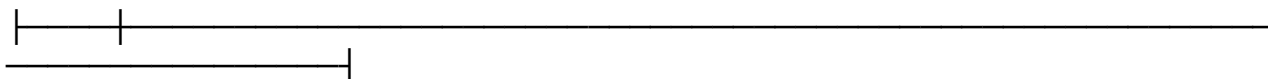
| 15. | Solux |



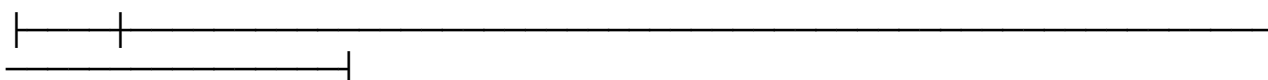
| 16. | Ultraviolete |



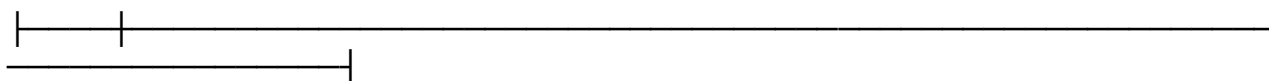
| 17. | Curenti cu impulsuri rectangulare |



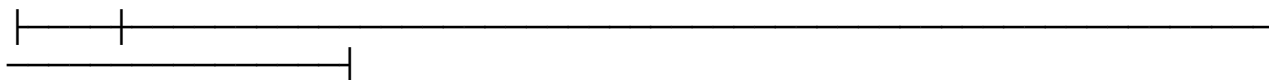
| 18. | Curenti cu impulsuri exponentiale |



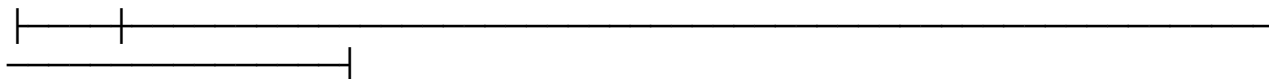
| 19. | Contractia izometrica electrica |



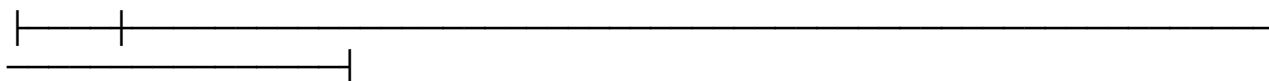
| 20. | Stimulare electrica functionala |



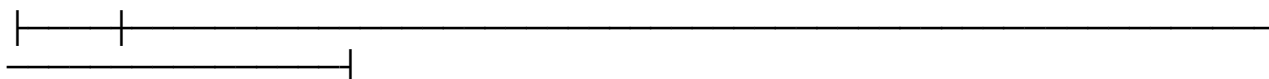
| 21. | Bai Stanger |



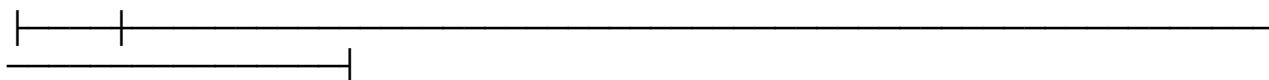
| 22. | Bai galvanice |



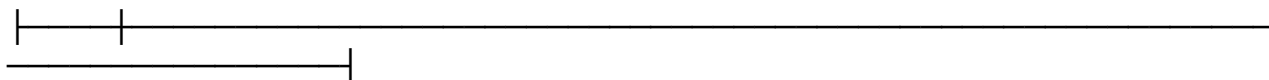
| 23. | Dus subacval |



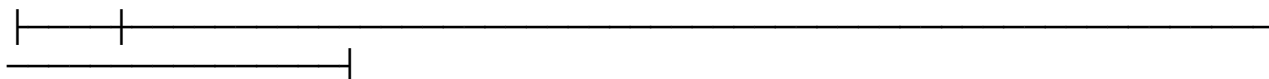
| 24. | Aplicatii cu parafina |



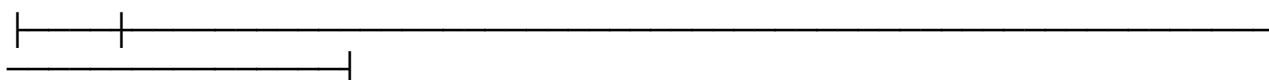
| 25. | Bai sau pensulatii cu parafina |



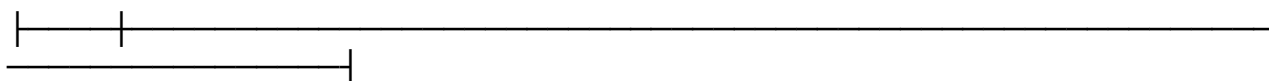
| 26. | Masaj regional |



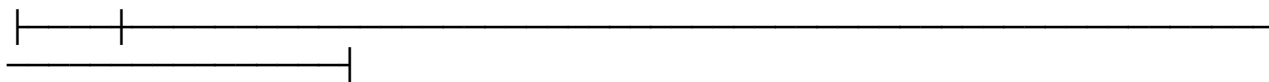
| 27. | Masaj segmentar |



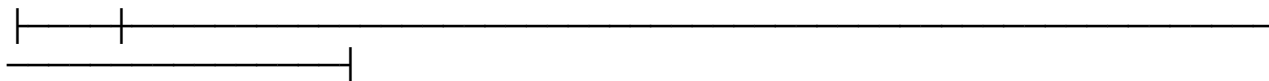
| 28. | Masaj reflex |



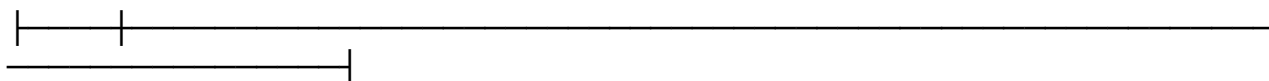
| 29. | Limfmasaj |



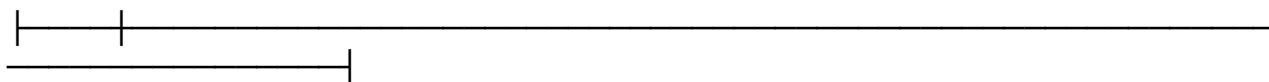
| 30. | Aerosoli individuali |



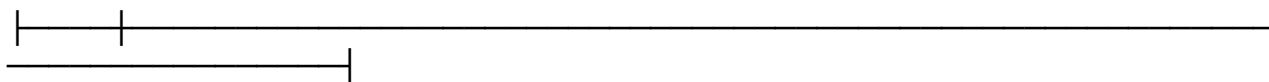
| 31. | Pulverizatie camera |



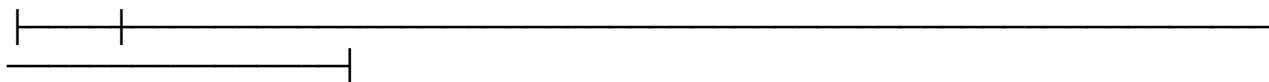
| 32. | Hidrokinetoterapie individuala generala |



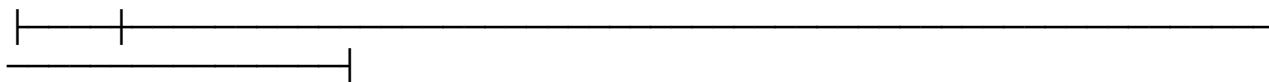
| 33. | Hidrokinetoterapie partiala |



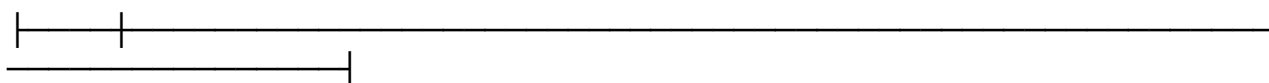
| 34. | Kinetoterapie individuala |



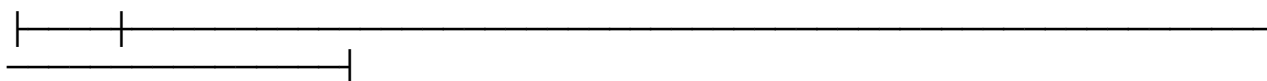
| 35. | Tractiuni vertebrale si articulare |



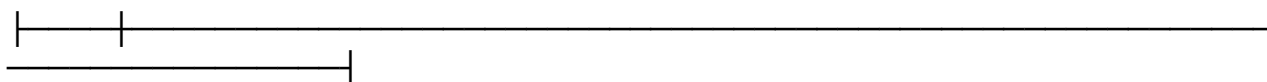
| 36. | Manipulari vertebrale |



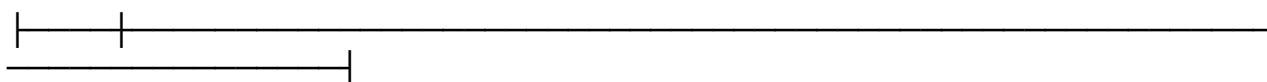
| 37. | Manipulari articulatii periferice |



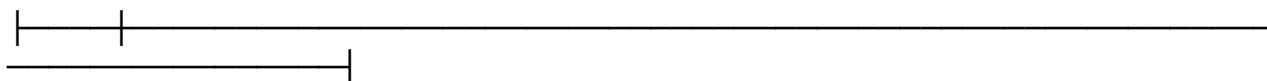
| 38. | Kinetoterapie cu aparatura speciala cu dispozitive mecanice, |
| | electromecanice si robotizate |



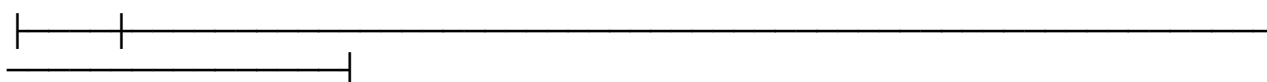
| 39. | Bai minerale (sulfuroase, clorurosodice, alcaline) |



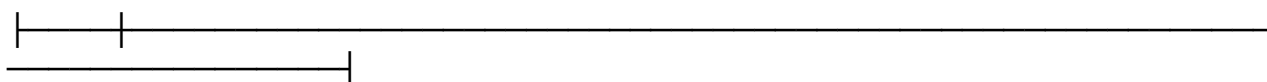
| 40. | Bai de plante |



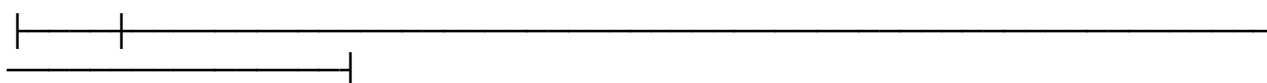
| 41. | Bai de dioxid de carbon si bule |



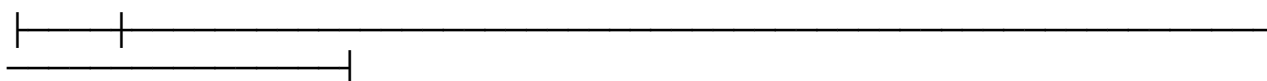
| 42. | Bai de namol |



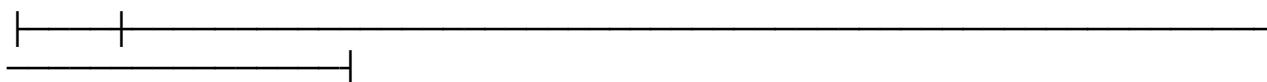
| 43. | Mofete naturale |



| 44. | Mofete artificiale |



| 45. | Impachetare generala cu namol |



| 46. | Impachetare partiala cu namol |

| 47. | Aplicatie de unde de soc extracorporale |

| 48. | Aplicatie de oscilatii profunde |

| 49. | Speleoterapia/Salinoterapia |

1.3.1. Perioada pentru care se acorda procedurile specifice de recuperare, medicina fizica si balneologie este de maximum 21 de zile/an/asigurat atat la copii, cat si la adulti, cu exceptia copiilor 0-18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrala, cand se acorda proceduri medicale specifice de recuperare, medicina fizica si balneologie pentru o perioada de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putand fi fractionate in maximum doua fractiuni, in functie de afectiunea de baza, la recomandarea medicului de specialitate recuperare, medicina fizica si balneologie.

1.3.2. In cazul unor perioade de tratament fractionate la recomandarea medicului de specialitate recuperare, medicina fizica si balneologie pentru fiecare perioada de tratament se vor acorda o consultatie initiala si o consultatie de reevaluare, dar nu mai mult de doua consultatii initiale si doua consultatii de reevaluare pe an/asigurat.

1.3.3. Seria de proceduri specifice de recuperare, medicina fizica si balneologie stabilita de medicul de specialitate de recuperare, medicina fizica si balneologie include maximum 4 proceduri/zi de tratament. Pentru o serie de proceduri specifice de recuperare, medicina fizica si balneologie ce se desfasoara in bazele de tratament din statiunile balneoclimatice se deconteaza maximum 4 proceduri/zi, din care doua proceduri specifice de recuperare, medicina fizica si balneologie cu factori terapeutici naturali.

1.4. Pentru situatiile in care unui asigurat nu i se recomanda o serie de proceduri specifice de recuperare, medicina fizica si balneologie, asiguratul beneficiaza de 3 consultatii/trimestru pentru aceeasi afectiune.

1.5. Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G31b, G31c, G31d, G31e - prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru care tratamentul se poate prescrie si monitoriza de catre medicul in specialitatea recuperare, medicina fizica si balneologie

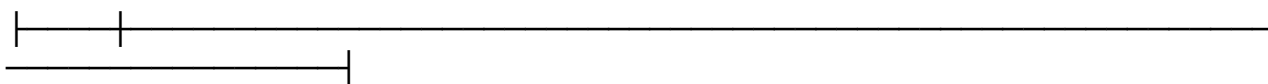
din unitatile sanitare nominalizate de catre Ministerul Sanatatii, pentru un bolnav cu una sau mai multe afectiuni cronice, se acorda o consultatie si prescriptia/prescriptiile medicala/medicale aferenta/aferente, trimestrial sau lunar, cu conditia ca aceste servicii sa nu se fi efectuat de catre un alt medic de specialitate pentru aceeasi perioada.

1.6. Consultatiile de specialitate recuperare, medicina fizica si balneologie se acorda pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, cu exceptia consultatiilor pentru afectiunile prevazute in norme, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

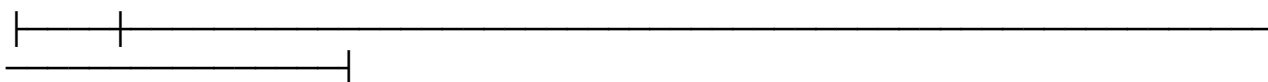
1.7. Lista afectiunilor care pot fi tratate in ambulatoriu in specialitatea clinica de recuperare, medicina fizica si balneologie este:

Nr.	Afectiuni
crt.	
1.	Atrofii sistemice afectand in special sistemul nervos central
2.	Tulburari extrapiramidale si ale motricitatii
3.	Boli demielinizante ale sistemului nervos central
4.	Afectiunile nervilor, radacinilor si plexurilor nervoase
5.	Polineuropatii si alte afectiuni ale sistemului nervos periferic

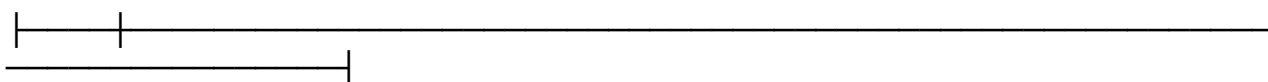
| 6. | Afectiuni ale jonctiunilor mioneurale si musculare |



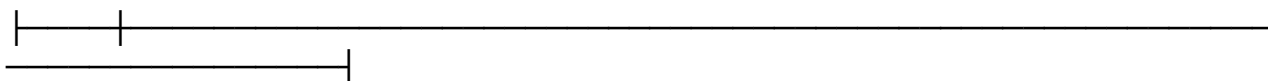
| 7. | Paralizia cerebrala si alte sindroame paralitice |



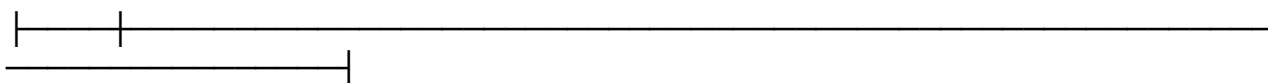
| 8. | Status post infarct miocardic acut |



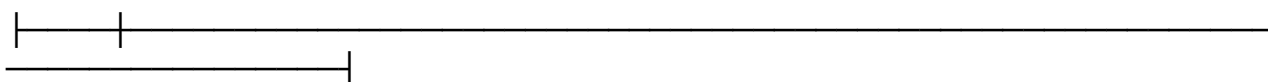
| 9. | Status post accident vascular cerebral |



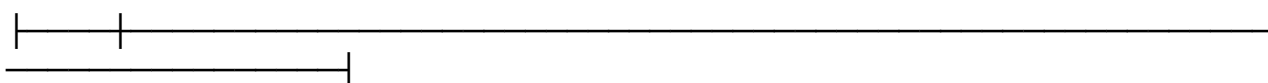
| 10. | Insuficienta cardiaca clasa NYHA I si II |



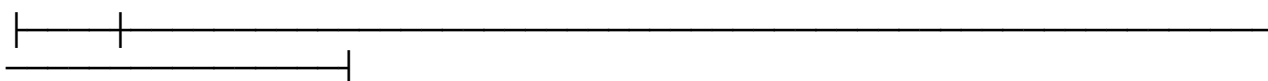
| 11. | Boala pulmonara obstructiva cronica clasa I si II |



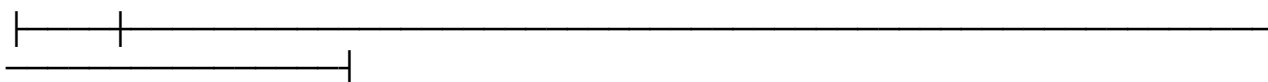
| 12. | Poliartropatii inflamatorii |



| 13. | Artroze |



| 14. | Dorsopatii |



| 15. | Afectiuni ale tesuturilor moi |

--	--

| 16. | Status post leziuni traumatice |

--	--

| 17. | Status post interventii chirurgicale majore cardiovasculare, |
| | neurochirurgicale, ortopedice |

--	--

1.8. Conditile acordarii serviciilor de recuperare, medicina fizica si balneologie se stabilesc in norme.

D. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA PENTRU MEDICINA DENTARA

--	--

| Cod | Acte terapeutice |

--	--

| 1. *) | Consultatie - include modelul de studiu, dupa caz, controlul |
| | oncologic si igienizarea. |

--	--

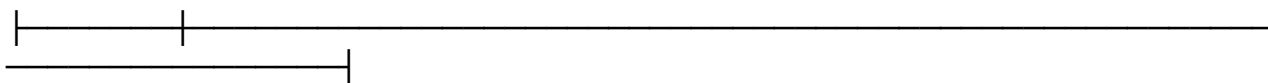
	*) Se acorda o singura consultatie la un interval de 12 luni pentru
	un asigurat peste 18 ani si o consultatie la 6 luni pentru copii
	pana la 18 ani.

--	--

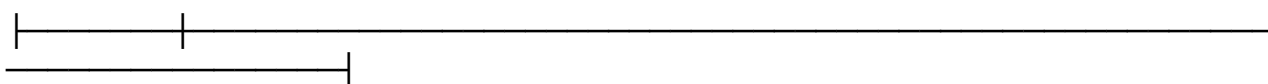
| 2. | Tratamentul cariei simple |

--	--

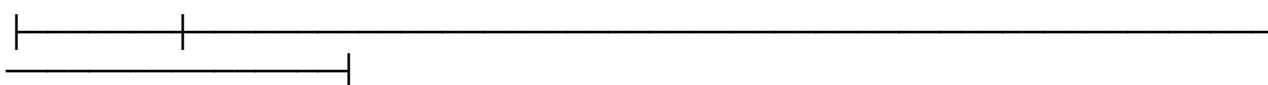
| 2.1. | Obturatia dintelui dupa tratamentul afectiunilor pulpare sau al |
| | gangrenei |



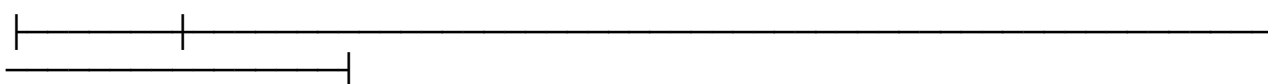
| 3. | Tratamentul afectiunilor pulpare cu anestezie |



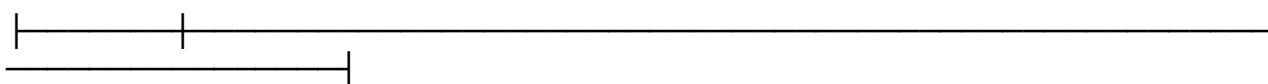
| 4. | Pansament calmant/drenaj endodontic |



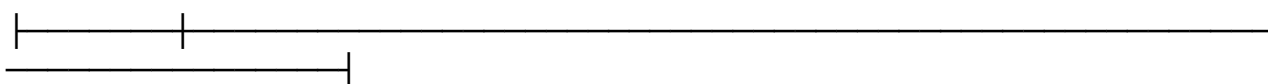
| 5. | Tratamentul gangrenei pulpare |



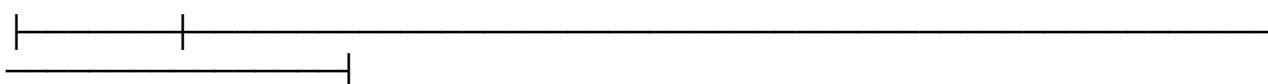
| 6. | Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie |



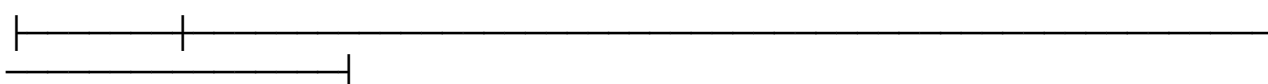
| 7. | Tratamentul afectiunilor parodontiului cu anestezie |



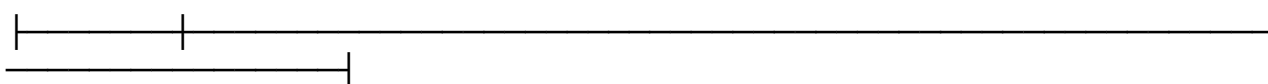
| 8. | Extractia dintilor temporari cu anestezie |



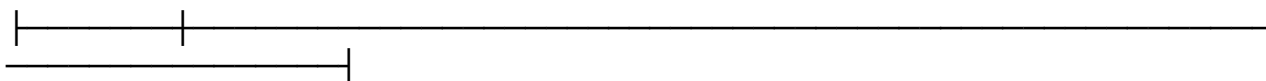
| 9. | Extractia dintilor permanenti cu anestezie |



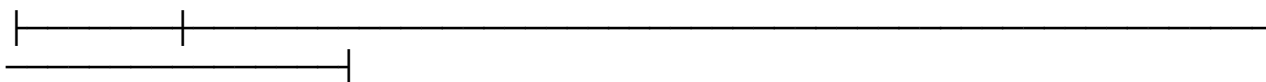
| 10.**) | Chiuretaj alveolar si tratamentul hemoragiei |



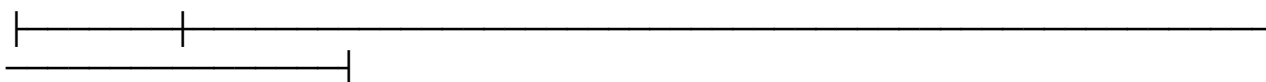
	**) In situatia in care se efectueaza in aceeaasi sedinta in care a
	fost extras dintele respectiv, nu este decontat de casa de asigurari
	de sanatate.



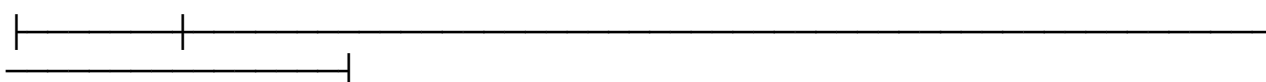
| 11. | Decapuserarea la copii |



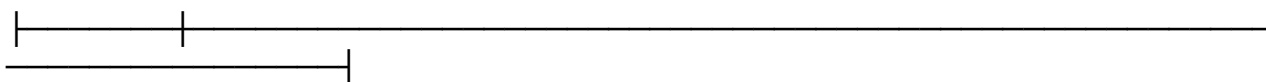
| 12. | Reducerea luxatiei articulatiei temporo-mandibulare |



| 13.***)| Proteza acrilica mobilizabila pe arcada |

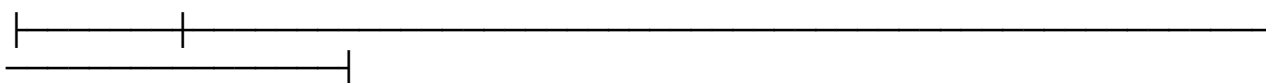


| |***) Se acorda o data la 4 ani. |

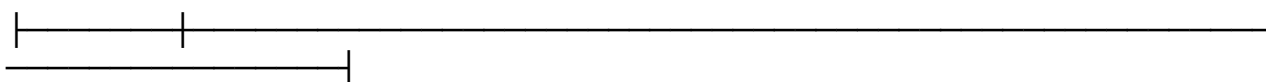


| 14. | Reparatie proteza |

| ****) | |

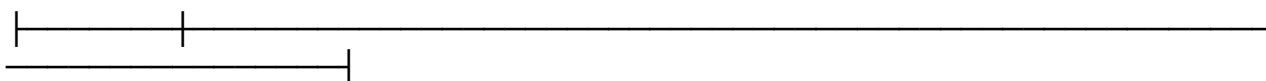


| |****) Se acorda o data pe an. |



| 14.1. | Rebazare proteza |

| ****) | |



| |****) Se acorda o data pe an. |

| 15. | Element protetic fizionomic (acrilat/compozit) |

| 16. | Element protetic semi-fizionomic (metal + acrilat/compozit) |

| 17. | Reconstituire coroana radiculara |

| 18. | Deconditionarea tulburarilor functionale prin aparate ortodontice, |

| *****) | inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + barbita |

| |si capelina |

| 19. | Tratamentul angrenajului invers prin exercitii cu spatula/sedinta |

| 20. | Aparate si dispozitive utilizate in tratamentul malformatiilor |

| *****) | congenitale |

| 21. | Slefuirea in scop ortodontic/dinte |

| 22. | Reparatie aparat ortodontic |

| *****) | |

| |

| | *****) Se acorda numai de medicii de specialitate in ortodontie si |

| | ortopedie dentofaciala. |

| |

| 23. | Mentinatoare de spatiu mobile |

| |

| 24. | Sigilare/dinte |

| *****)| |

| |

| | *****) O procedura decontata la 2 ani. |

| |

1. Serviciile de medicina dentara prevazute in pachetul de servicii de baza pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentisti, cu exceptia celor de la codurile 18, 20 si 22.

2. Serviciile de medicina dentara de urgenta sunt prevazute la codurile 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 14.1 si 22.

3. Dentistii acorda numai serviciile prevazute la codurile 1, 2, 2.1., 4 si 24.

4. Conditile acordarii serviciilor de medicina dentara se stabilesc in norme.

5. Formula dentara este prevazuta in norme.

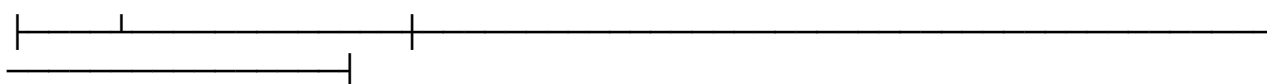
E. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE PARACLINICE

1. Lista investigatiilor paraclinice - analize de laborator

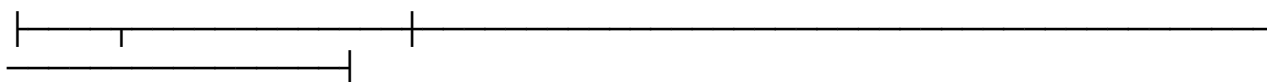
| |

| Nr. | Cod | Denumirea analizei de laborator |

| crt. | | |



| | Hematologie |

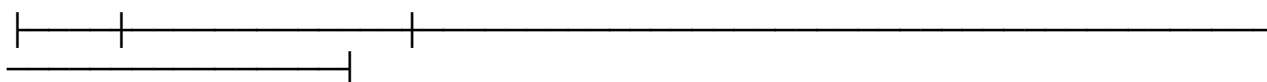


| 1. | 2.6001 | Hemoleucograma completa - hemoglobina, hematocrit, |

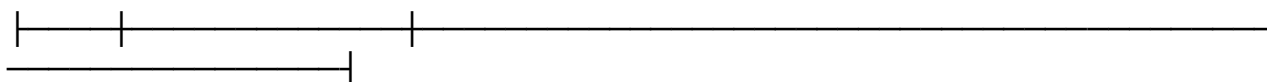
| | | numaratoare eritrocite, numaratoare leucocite, |

| | | numaratoare trombocite, formula leucocitara, indici |

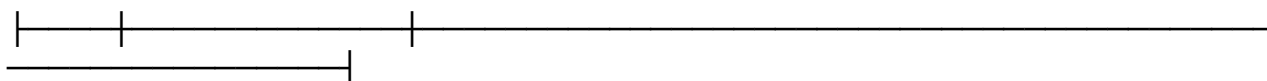
| | | eritrocitari |



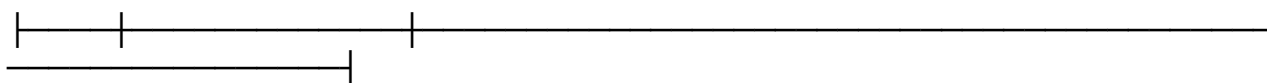
| 2. | 2.6002 | Numaratoare reticulocite |



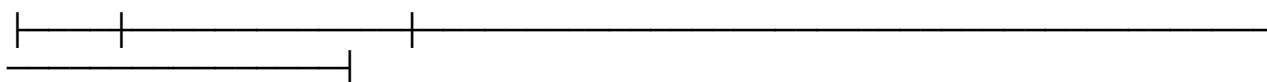
| 3. | 2.6003 | Examen citologic al frotiului sanguin |



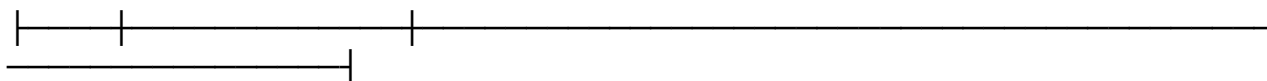
| 4. | 2.6040 | VSH |



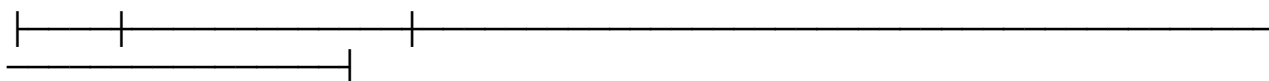
| 5. | 2.60501 | Determinare la gravida a grupului sanguin ABO |



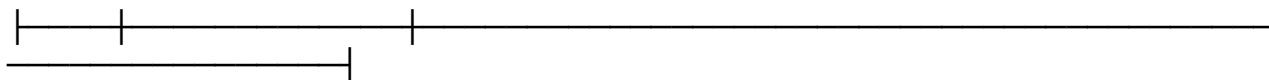
| 6. | 2.60502 | Determinare la gravida a grupului sanguin Rh |



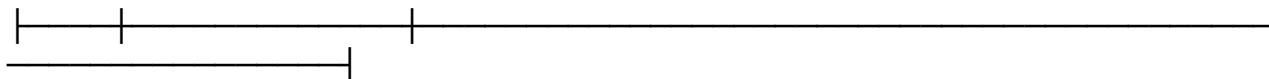
| 7. | 2.6059 | Anticorpi specifici anti Rh la gravida |



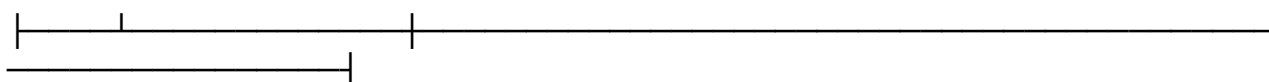
| 8. | 2.6101 | Timp Quick si INR (International Normalised Ratio) |



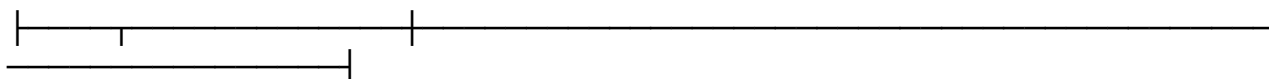
| 9. | 2.6102 | APTT |



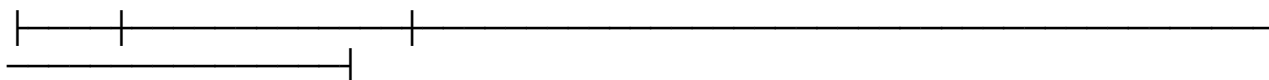
| 10. | 2.6103 | Fibrinogenemie |



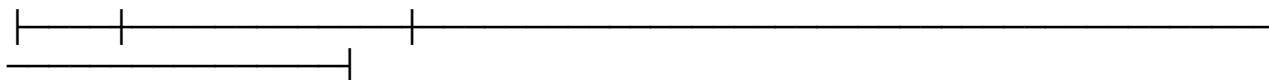
| | Biochimie - serica si urinara |



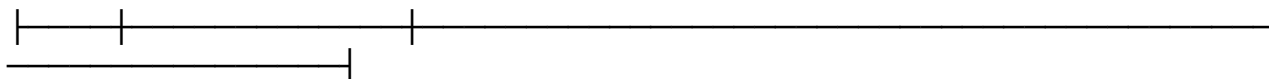
| 11. | 2.1002 | Proteine totale serice |



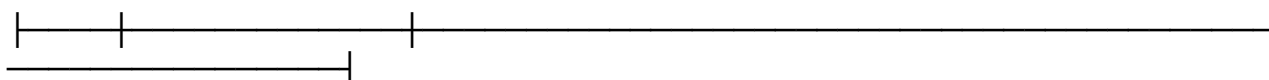
| 12. | 2.1003 | Electroforeza proteinelor serice |



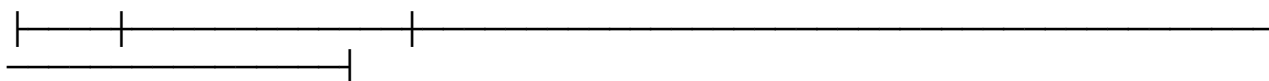
| 13. | 2.10063 | Feritina serica |



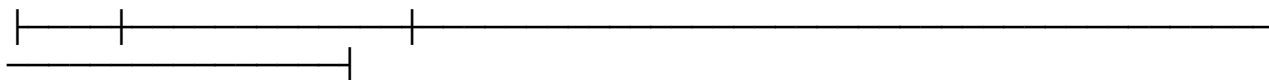
| 14. | 2.1011 | Uree serica |



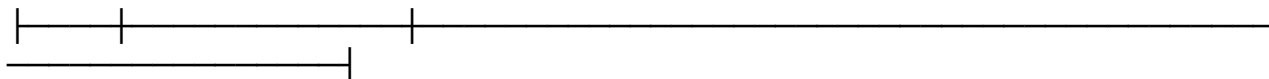
| 15. | 2.1012 | Acid uric seric |



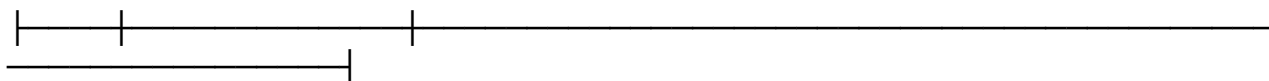
| 16. | 2.1014 | Creatinina serica |



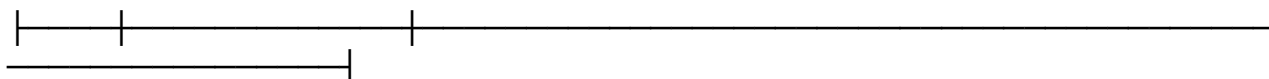
| 17. | 2.1015 | Bilirubina totala |



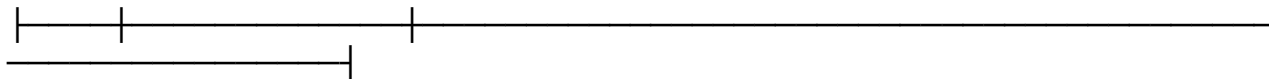
| 18. | 2.1016 | Bilirubina directa |



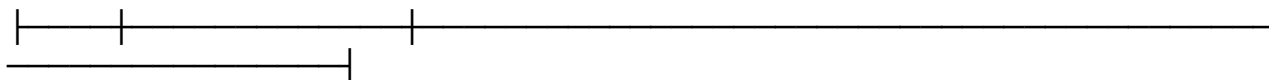
| 19. | 2.1020 | Glicemie |



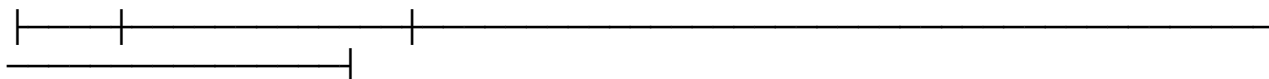
| 20. | 2.10303 | Colesterol seric total |



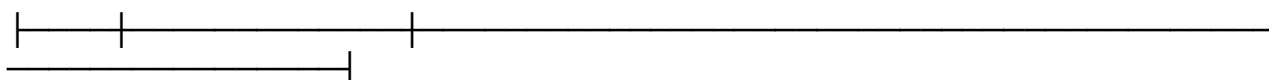
| 21. | 2.10304 | HDL colesterol |



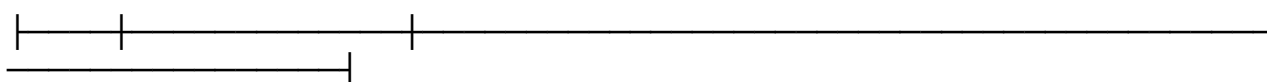
| 22. | 2.10305 | LDL colesterol |



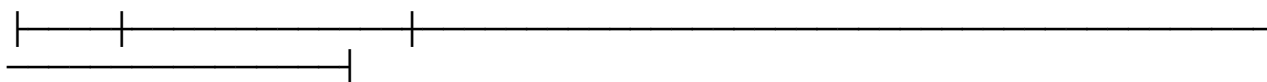
| 23. | 2.10306 | Trigliceride serice |



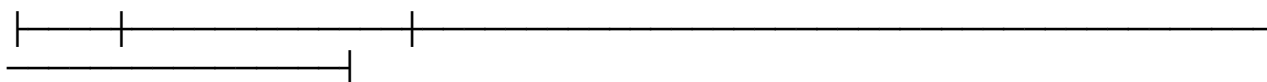
| 24. | 2.10402 | TGP |



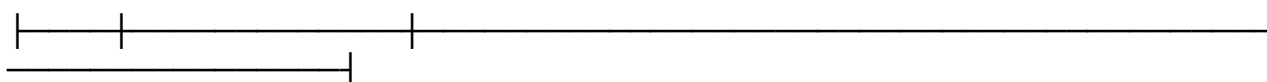
| 25. | 2.10403 | TGO |



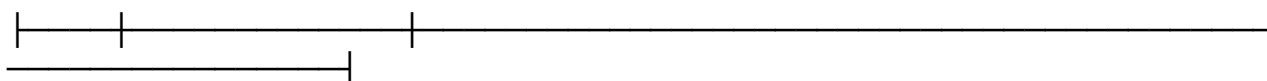
| 26. | 2.10404 | Creatinkinaza CK |



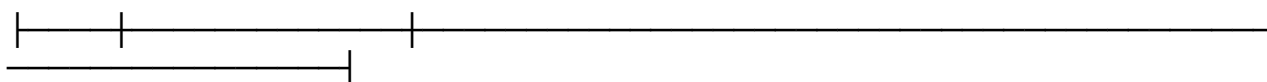
| 27. | 2.10406 | Gama GT |



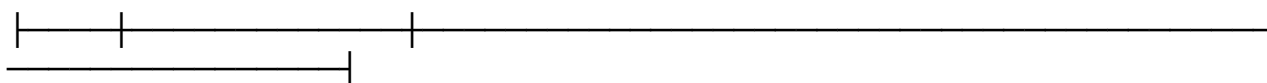
| 28. | 2.10409 | Fosfataza alcalina |



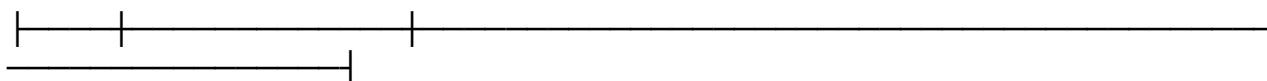
| 29. | 2.10500 | Sodiu seric |



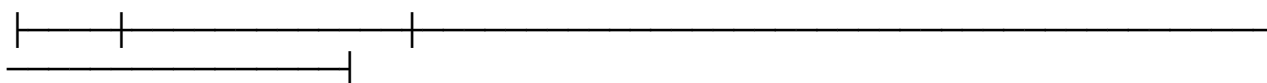
| 30. | 2.10501 | Potasiu seric |



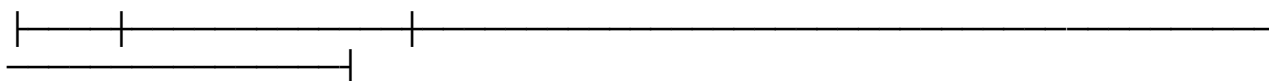
| 31. | 2.10503 | Calciu seric total |



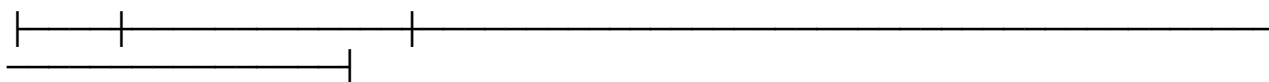
| 32. | 2.10504 | Calciu ionic seric |



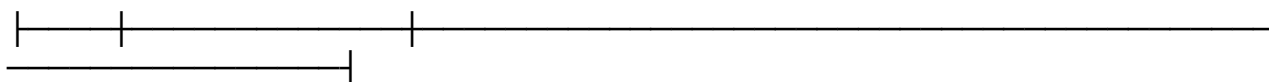
| 33. | 2.10505 | Magneziemie |



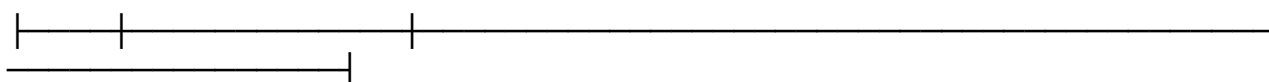
| 34. | 2.10506 | Sideremie |



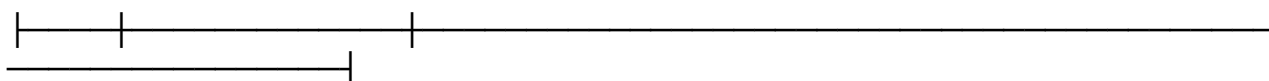
| 35. | 2.10507 | Fosfor (fosfat seric) |



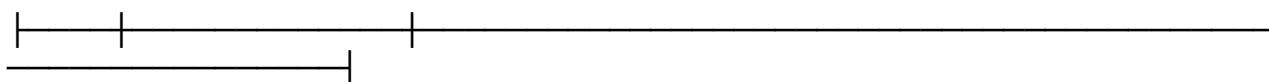
| 36. | 2.2600 | Examen complet de urina (sumar + sediment) |



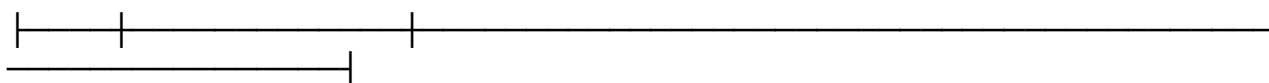
| 37. | 2.2604 | Dozare proteine urinare |



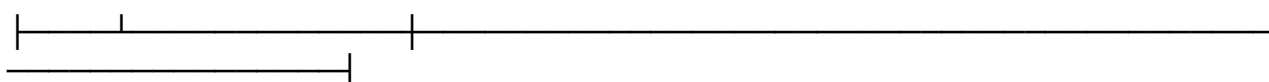
| 38. | 2.2612 | Microalbuminuria (albumina urinara) |



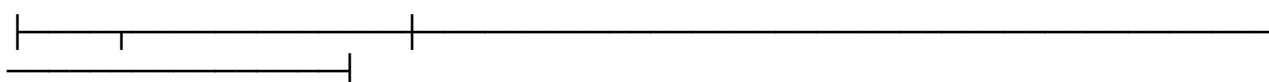
| 39. | 2.2622 | Dozare glucoza urinara |



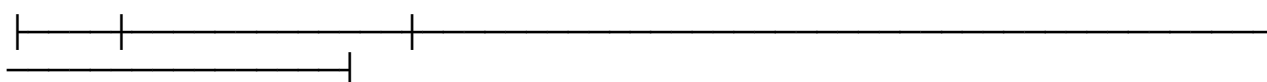
| 40. | 2.2623 | Creatinina urinara |



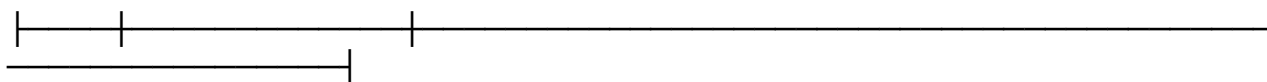
| | Imunologie |



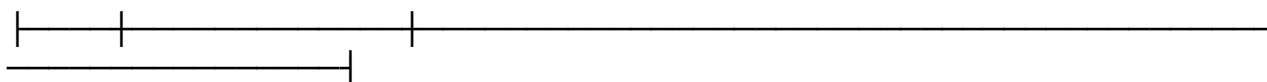
| 41. | 2.2500 | TSH |



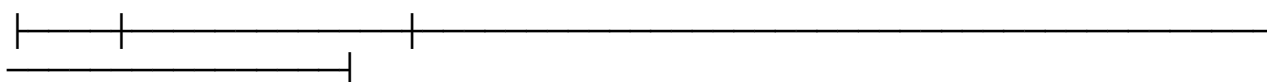
| 42. | 2.2502 | FT4 |



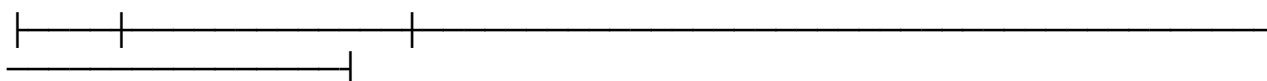
| 43. | 2.2507 | Parathormonul seric (PTH) |



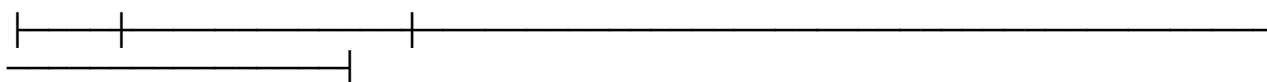
| 44. | 2.2509 | Hormonul foliculinstimulant FSH |



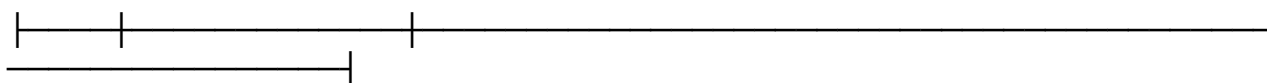
| 45. | 2.2510 | Hormonul luteinizant (LH) |



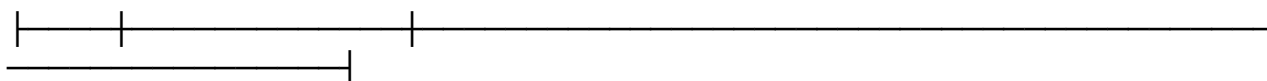
| 46. | 2.2514 | Cortizol |



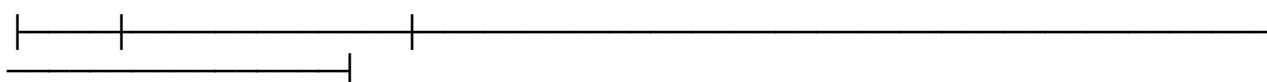
| 47. | 2.2521 | Testosteron |



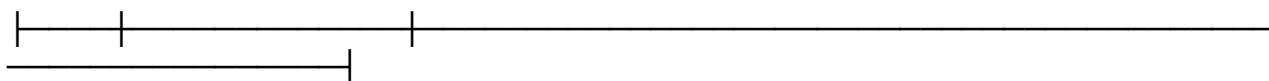
| 48. | 2.2522 | Estradiol |



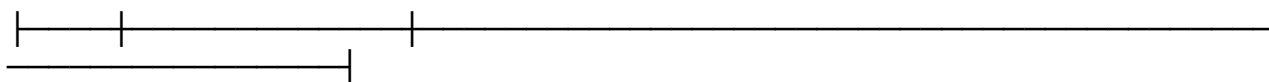
| 49. | 2.2523 | Progesteron |



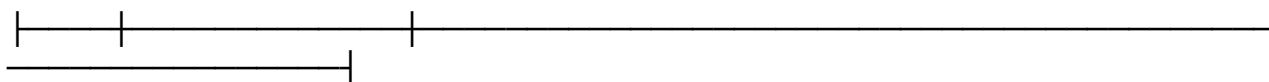
| 50. | 2.2525 | Prolactina |



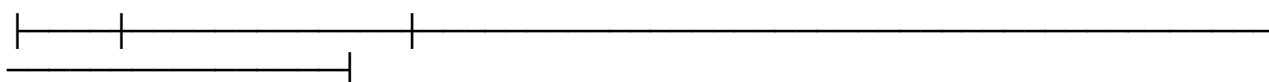
| 51. | 2.327091 | Anti-HAV IgM |



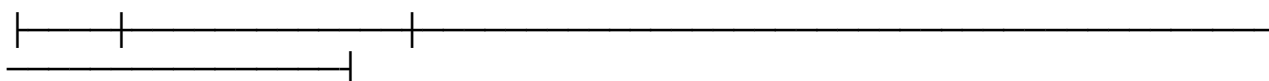
| 52. | 2.327092 | Ag HBs (screening) |



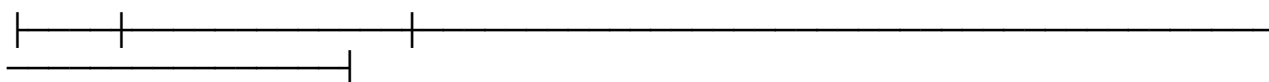
| 53. | 2.327093 | Anti HCV |



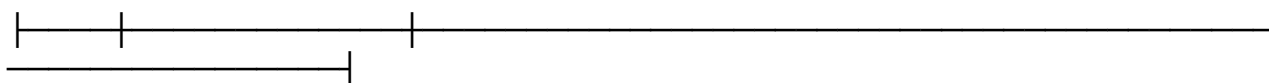
| 54. | 2.32710 | Testare HIV la gravida |



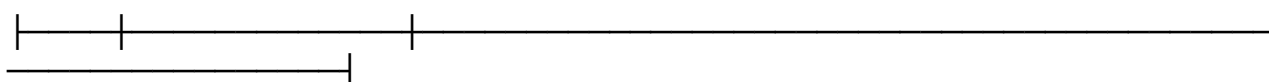
| 55. | 2.40000 | ASLO |



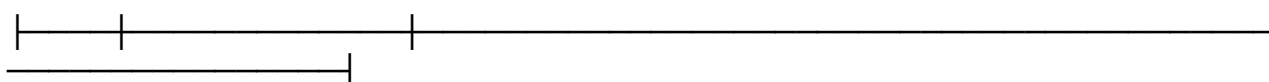
| 56. | 2.40010 | VDRL sau RPR |



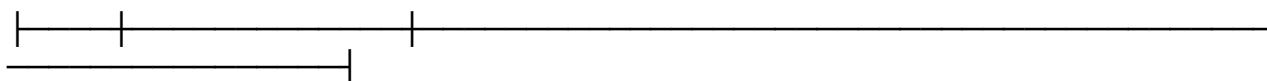
| 57. | 2.40013 | Confirmare TPHA |



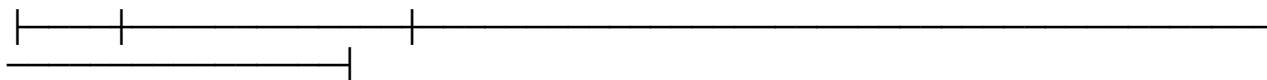
| 58. | 2.40203 | Antigen Helicobacter Pylori |



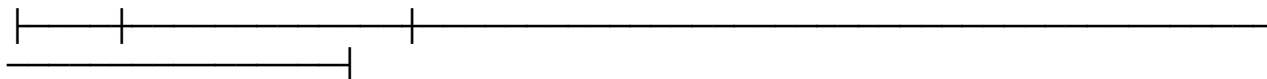
| 59. | 2430011 | Complement seric C3 |



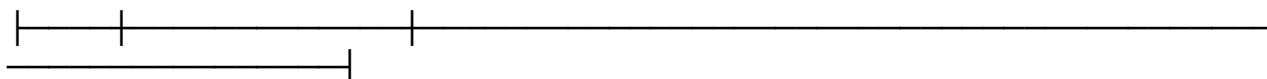
| 60. | 2430012 | Complement seric C4 |



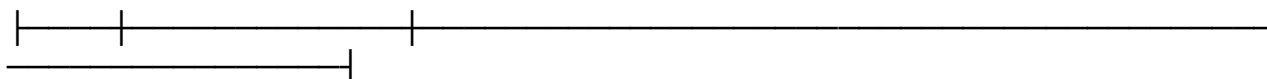
| 61. | 2.43010 | IgG seric |



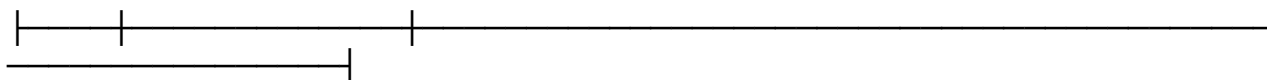
| 62. | 2.43011 | IgA seric |



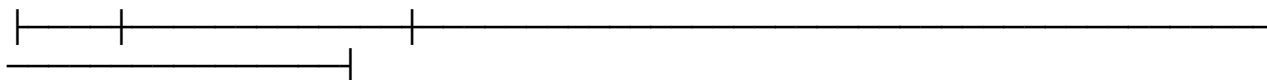
| 63. | 2.43012 | IgM seric |



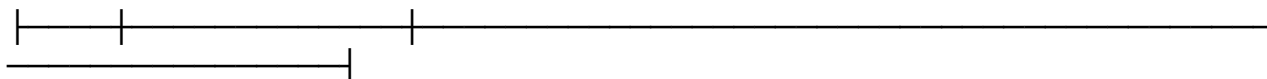
| 64. | 2.43014 | IgE seric |



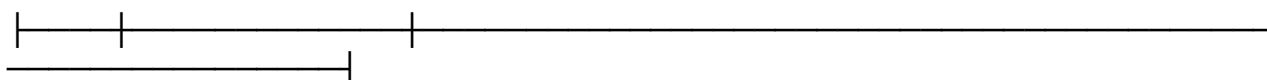
| 65. | 2.40053 | Proteina C reactiva |



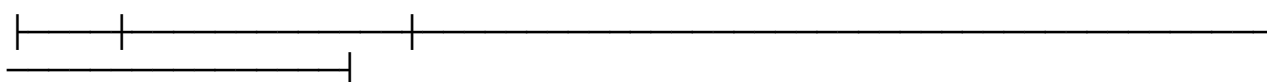
| 66. | 2.43040 | Factor reumatoid |



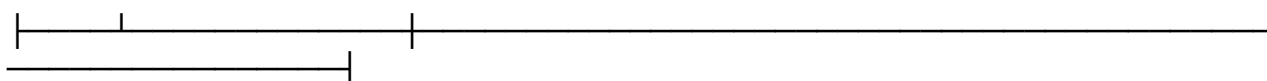
| 67. | 2.43044 | ATPO |



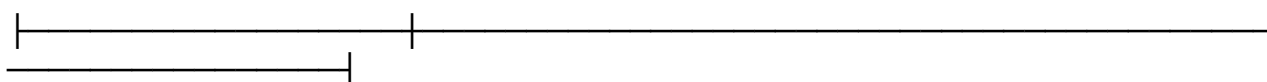
| 68. | 2.43135 | PSA |



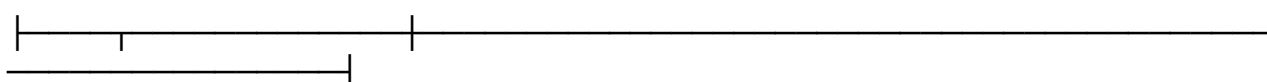
| 69. | 2.43136 | free PSA |



| | Microbiologie |



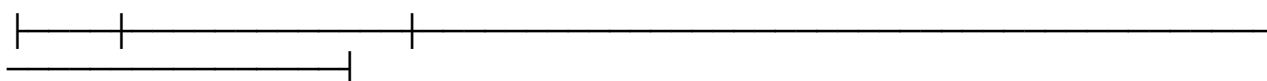
| | Exsudat faringian |



| 70. | 2.3025 | Examen bacteriologic exsudat faringian - Examen |

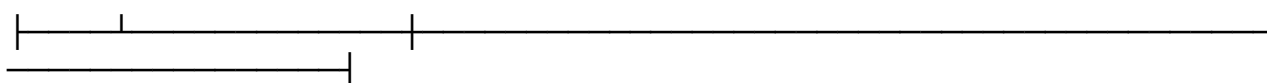
| | | microscopic nativ si colorat, cultura si identificare |

| | | bacteriana |

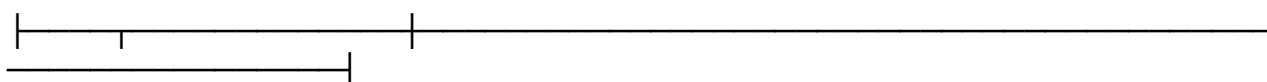


| 71. | 2.50102 | Examen fungic exsudat faringian - Examen microscopic |

| | | nativ si colorat, cultura si identificare fungica |

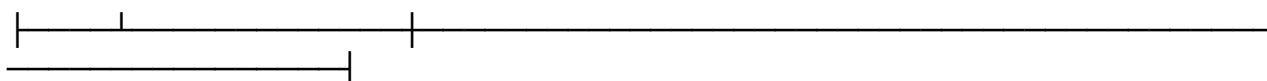


| | Examen urina |

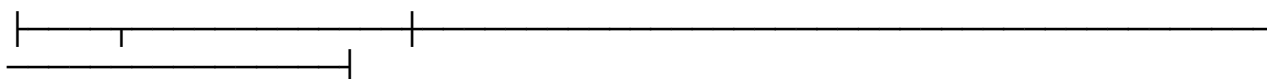


| 72. | 2.3100 | Urocultura - Examen microscopic nativ si colorat, cultura |

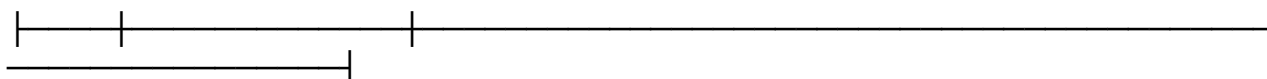
| | | si identificare bacteriana |



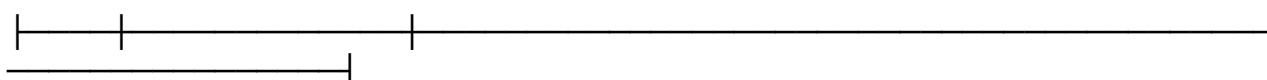
| | Examenec materii fecale |



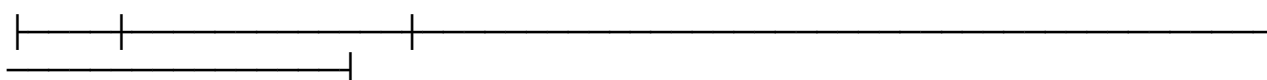
| 73. | 2.3062 | Coprocultura - Examen microscopic nativ si colorat, |
| | cultura si identificare bacteriana |



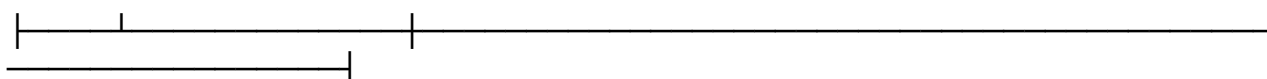
| 74. | 2.50120_1 | Examen micologic materii fecale -examen microscopic nativ |
| | si colorat, cultura si identificare fungica |



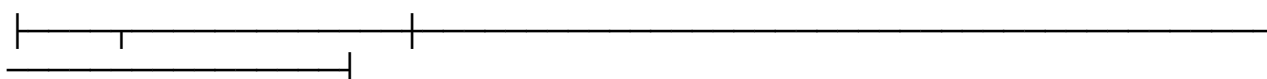
| 75. | 2.5100 | Examen coproparazitologic |



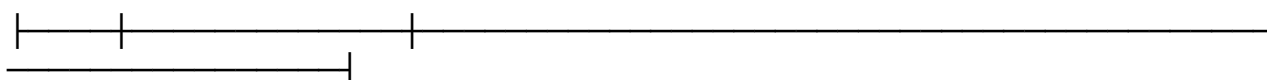
| 76. | 2.2701 | Depistare hemoragii oculte |



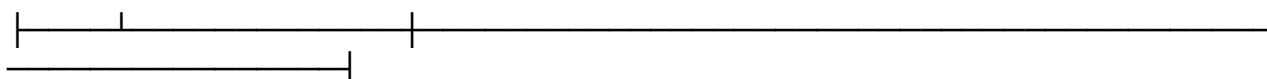
| | Examene din secretii vaginale |



| 77. | 2.3074 | Examene din secretii vaginale - examen microscopic nativ |
| | si colorat, cultura si identificare bacteriana |



| 78. | 2.50114 | Examene din secretii vaginale - examen microscopic nativ |
| | si colorat, cultura si identificare fungica |



| | Examene din secretii uretrale |

--	--	--	--

| 79. | 2.3080 | Examene din secretii uretrale - examen microscopic nativ |

| | si colorat, cultura si identificare bacteriana |

--	--	--	--

| 80. | 2.50115 | Examene din secretii uretrale - examen microscopic nativ |

| | si colorat, cultura si identificare fungica |

--	--	--	--

| | Examene din secretii otice |

--	--	--	--

| 81. | 2.3050 | Examen bacteriologic din secretii otice - examen |

| | microscopic nativ si colorat, cultura si identificare |

| | bacteriana |

--	--	--	--

| 82. | 2.50119 | Examen fungic din secretii otice - examen microscopic |

| | nativ si colorat, cultura si identificare fungica |

--	--	--	--

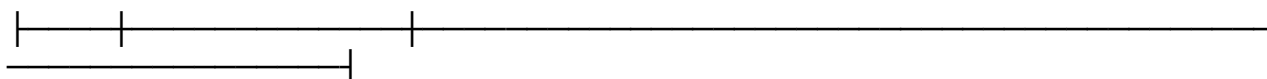
| | Examene din secretii nazale |

--	--	--	--

| 83. | 2.3022 | Examen bacteriologic din secretii nazale - examen |

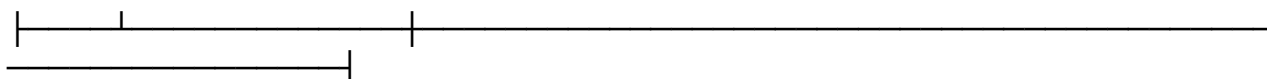
| | microscopic nativ si colorat, cultura si identificare |

| | bacteriana |

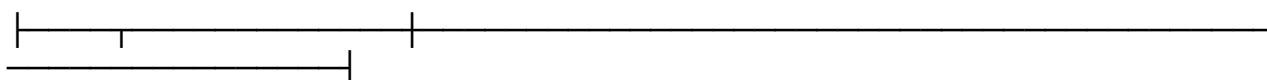


| 84. | 2.50103 | Examen fungic din secretii nazale - examen microscopic |

| | | nativ si colorat, cultura si identificare fungica |



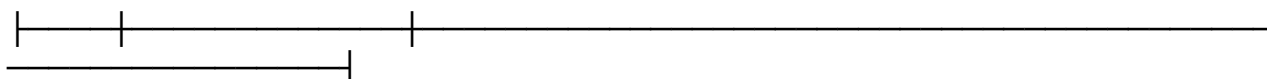
| | Examine din secretii conjunctivale |



| 85. | 2.3040 | Examen bacteriologic din secretii conjunctivale - examen |

| | | microscopic nativ si colorat, cultura si identificare |

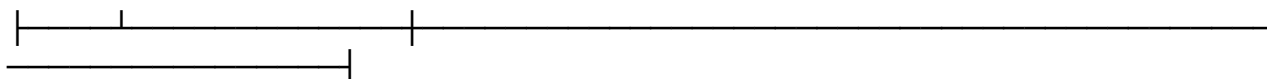
| | | bacteriana |



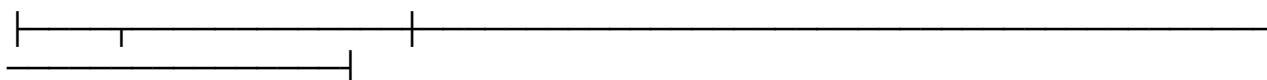
| 86. | 2.50110 | Examen fungic din secretii conjunctivale - examen |

| | | microscopic nativ si colorat, cultura si identificare |

| | | fungica |



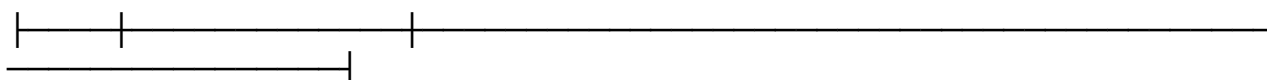
| | Examine din colectie purulenta |



| 87. | 2.5032 | Examen bacteriologic din colectie purulenta - examen |

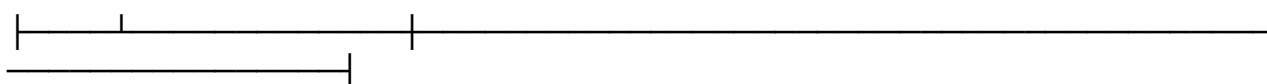
| | | microscopic nativ si colorat, cultura si identificare |

| | | bacteriana |



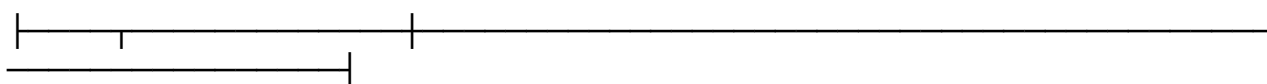
| 88. | 2.50120_2 | Examen fungic din colectie purulenta - examen microscopic |

| | | nativ si colorat, cultura si identificare fungica |

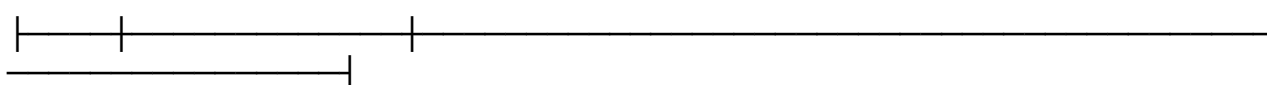


| | Testarea sensibilitatii la substante antimicrobiene si |

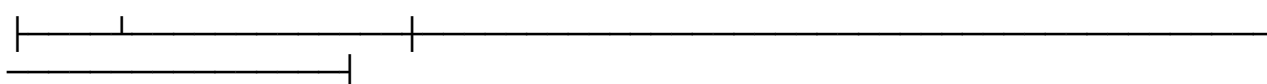
| | antifungice |



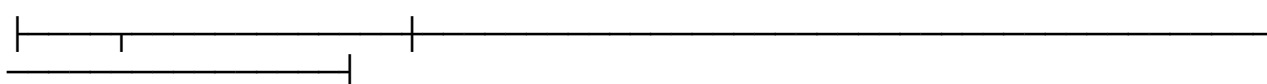
| 89. | 2.313 | Antibiograma |



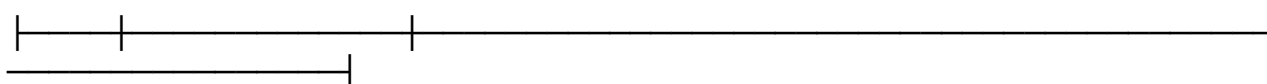
| 90. | 2.502 | Antifungigrama |



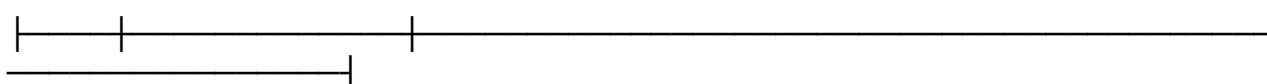
| | Examinari histopatologice si citologice |



| 91. | 2.9021_1 | Examen histopatologic procedura completa HE (1-3 blocuri) |

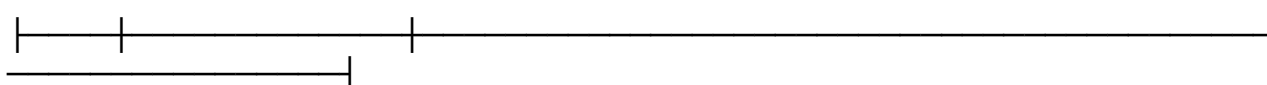


| 92. | 2.9021_2 | Examen histopatologic procedura completa HE (4-6 blocuri) |



| 93. | 2.9010_1 | Examen histopatologic procedura completa HE si coloratii |

| | | speciale (1-3 blocuri) |



| 94. | 2.9010_2 | Examen histopatologic procedura completa HE si coloratii |

| | | speciale (4-6 blocuri) |

--	--	--	--

| 95. | 2.9030 | Teste imunohistochimice |

--	--	--	--

| 96. | 2.9022 | Citodiagnostic sputa prin incluzii la parafina |

| | (1-3 blocuri) |

--	--	--	--

| 97. | 2.9160 | Examen citologic cervico-vaginal Babes-Papanicolau |

--	--	--	--

| 98. | 2.9025 | Citodiagnostic lichid de punctie |

--	--	--	--

Conditile acordarii investigatiilor paraclinice - analize de laborator se stabilesc prin norme.

2. Lista investigatiilor paraclinice - radiologie, imagistica, medicina nucleara si explorari functionale

--	--	--	--

| Nr. | Denumire examinare radiologica/ |

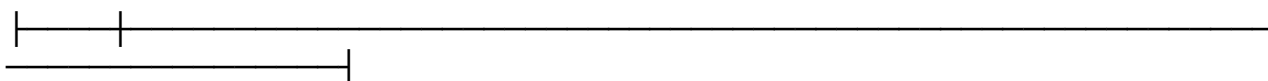
| crt. | imagistica medicala/explorare functionala |

--	--	--	--

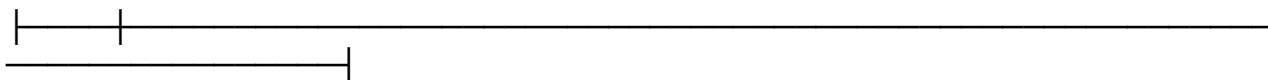
| | I. Radiologie - Imagistica medicala |

--	--	--	--

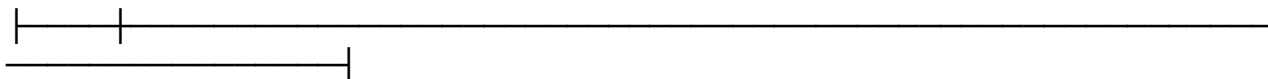
| | A. Investigatii conventionale |



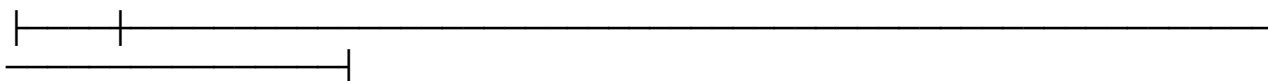
| | 1. Investigatii cu radiatii ionizante |



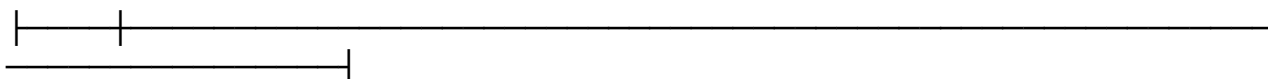
| | 1. | Examen radiologic cranian standard |



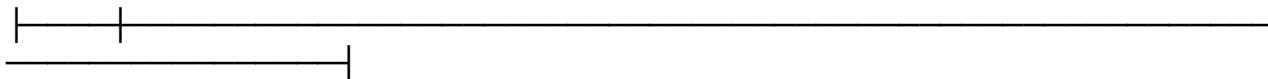
| | 2. | Examen radiologic cranian in proiectie sinusuri anterioare ale fetei |



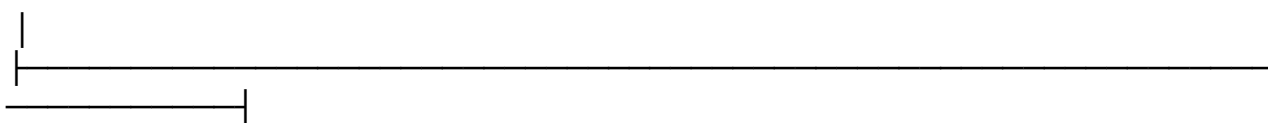
| | 3. | Examen radiologic parti schelet in 2 planuri |



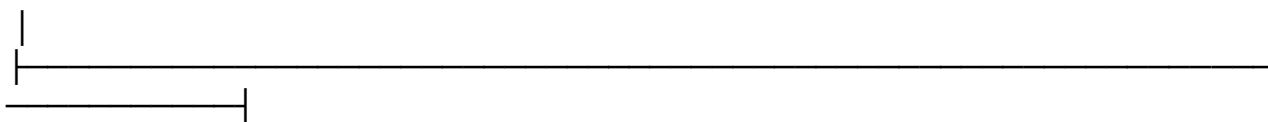
| | 4. | Radiografie de membre |



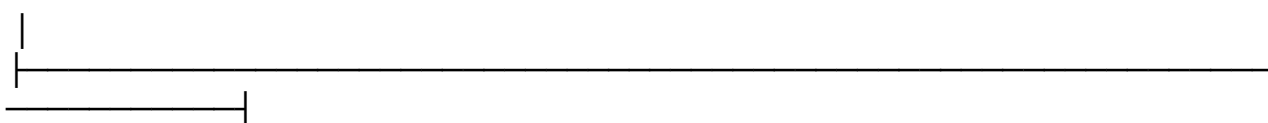
| | a) Brat |



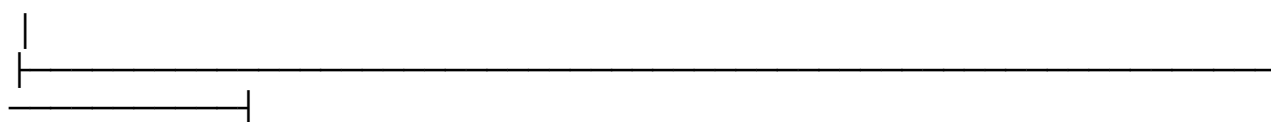
| | b) Cot |



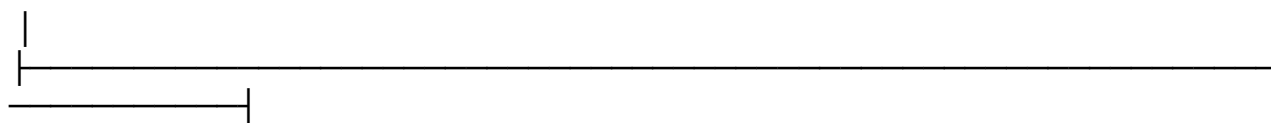
| | c) Antebrat |



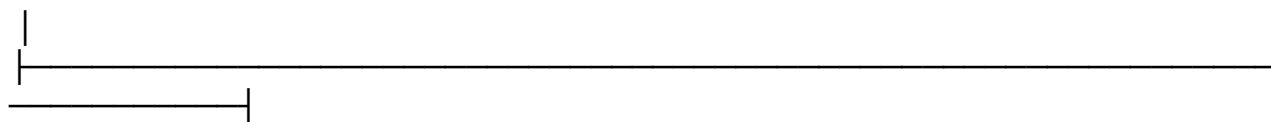
| | d) Pumn |



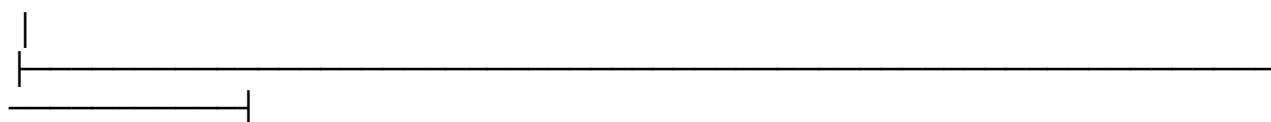
| | e) Mana |



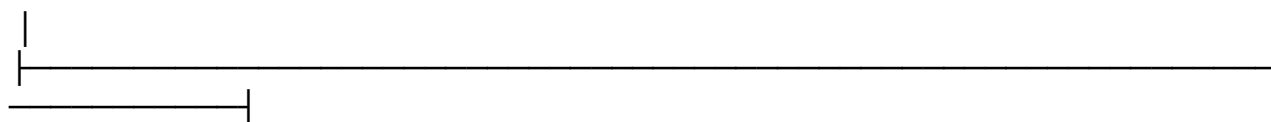
| | f) Sold |



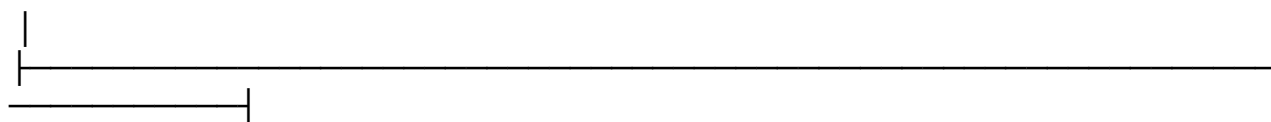
| | g) Coapsa |



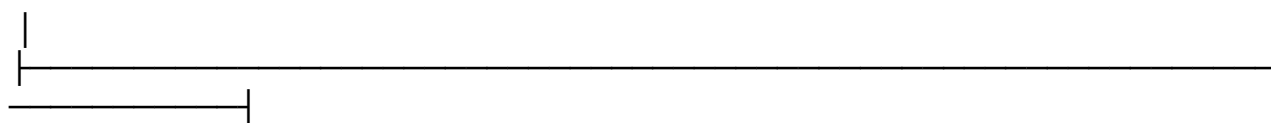
| | h) Genunchi |



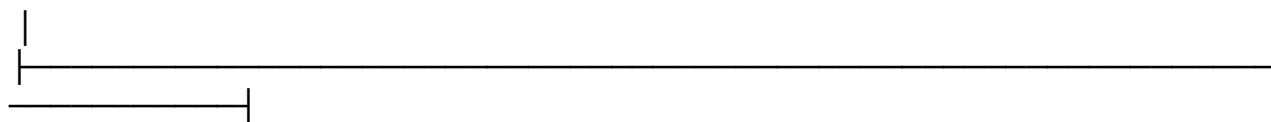
| | i) Gamba |



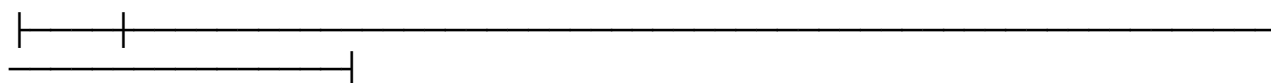
| | j) Glezna |



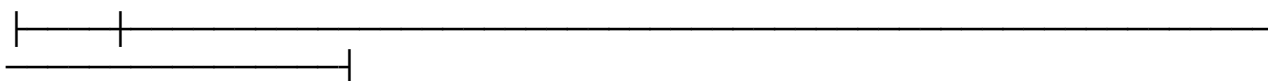
| | k) Picior |



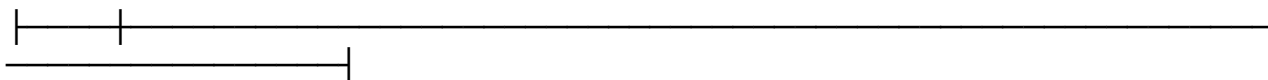
| | l) Calcaneu |



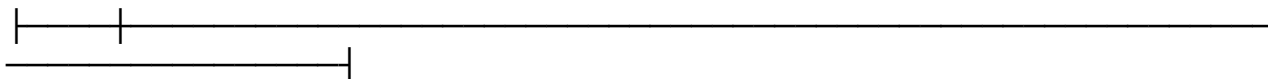
| | 5. Examen radiologic articulatii sacroiliace |



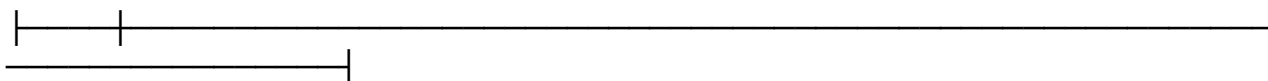
| 6. | Examen radiologic centura scapulara |



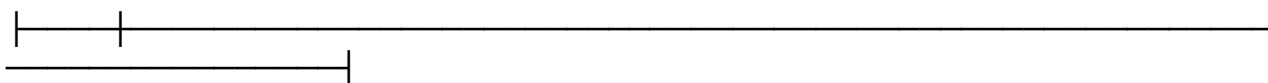
| 7. | Examen radiologic coloana vertebrala/segment |



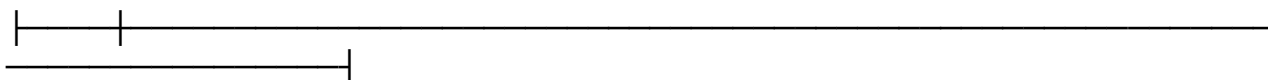
| 8. | Examen radiologic torace ansamblu |



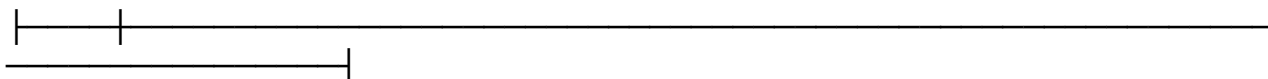
| 9. | Examen radiologic torace osos (sau parti) in mai multe planuri/Examen |
| | radiologic torace si organe toracice |



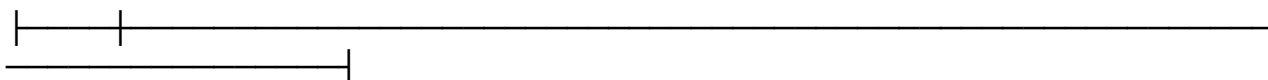
| 10. | Examen radiologic vizualizare generala a abdomenului nativ |



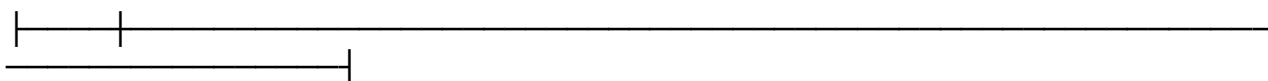
| 11. | Examen radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul |
| | duodenojejunal) cu substanta de contrast |



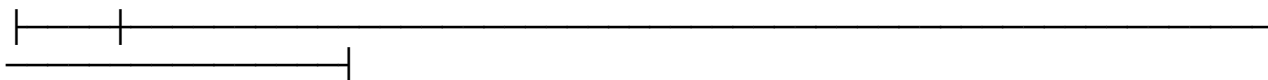
| 12. | Examen radiologic tract digestiv pana la regiunea ileocecala, cu |
| | substanta de contrast |



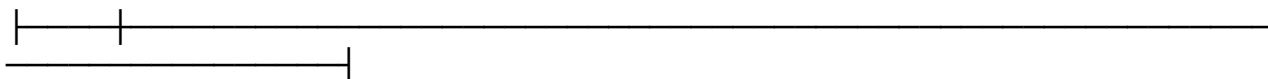
| 13. | Examen radiologic colon dublu contrast |



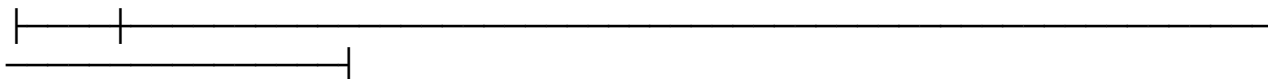
| 14. | Examen radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare |



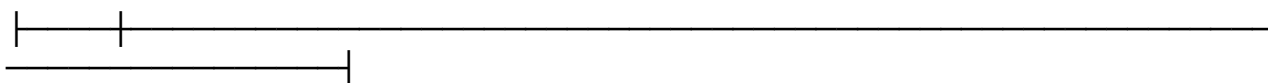
| 15. | Examen radiologic tract urinar (urografie minutata) cu substanta de |
| | contrast |



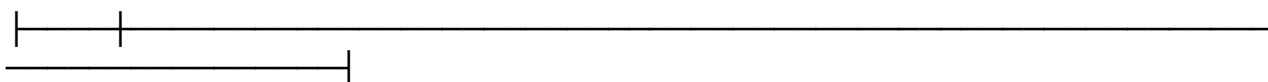
| 16. | Cistografie de reflux cu substanta de contrast |



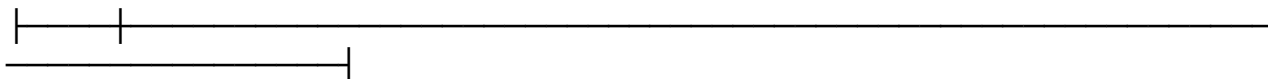
| 17. | Pielografie |



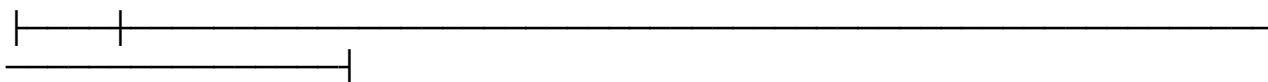
| 18. | Examen radiologic retrograd de uretra sau vezica urinara cu substanta |
| | de contrast |



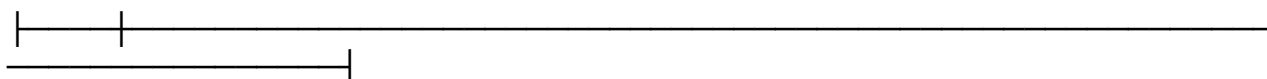
| 19. | Examen radiologic uretra, vezica urinara la copil cu substanta de |
| | contrast |



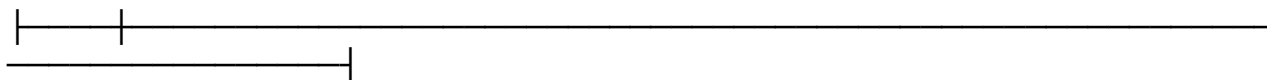
| 20. | Examen radiologic uter si oviduct cu substanta de contrast |



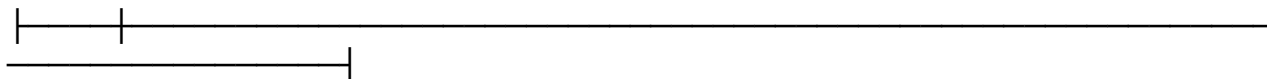
| 21. | Radiografie retroalveolara |



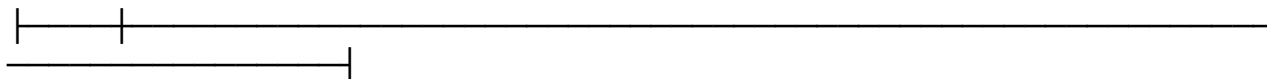
| 22. | Radiografie panoramica |



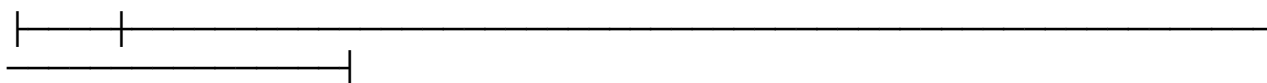
| 23. | Mamografie in doua planuri/pentru un san |



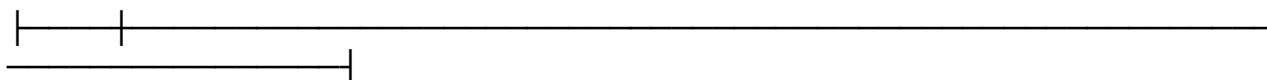
| 24. | Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanta de |
| | contrast |



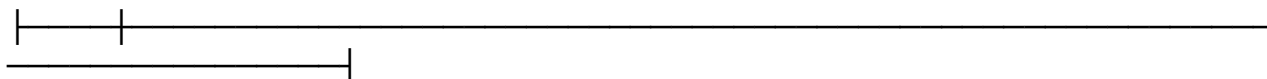
| 25. | Osteodensitometrie segmentara (DXA) |



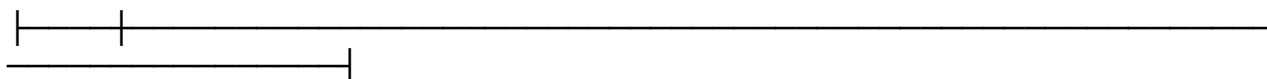
| | 2. Investigatii neiradiante |



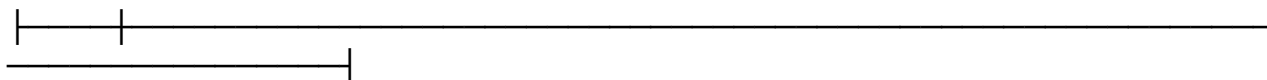
| 26. | Ecografie generala (abdomen + pelvis) |



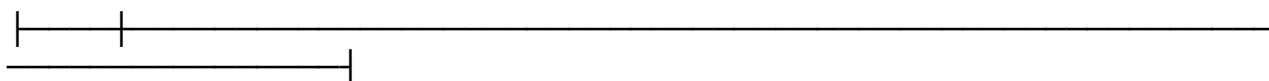
| 27. | Ecografie abdomen |



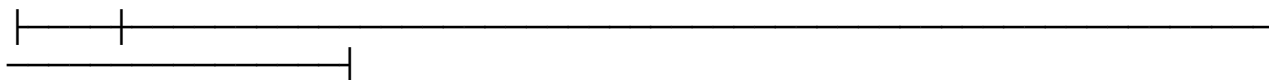
| 28. | Ecografie pelvis |



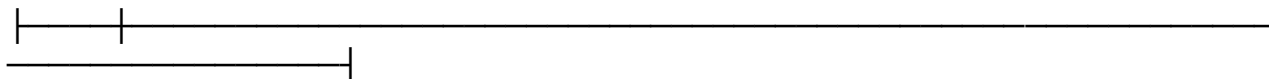
| 29. | Ecografie transvaginala/transrectala |



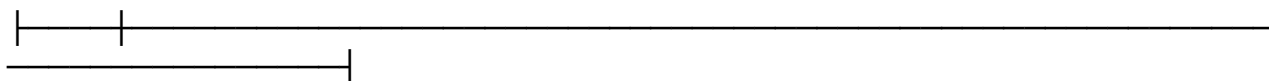
| 30. | Ecografie de vase (vene) |



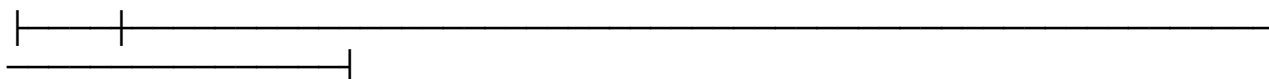
| 31. | Ecografie de vase (artere) |



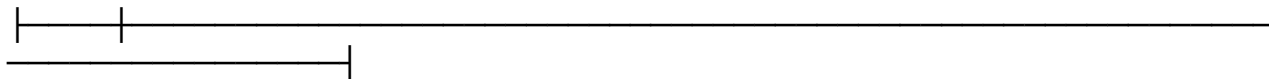
| 32. | Ecografie ganglionara |



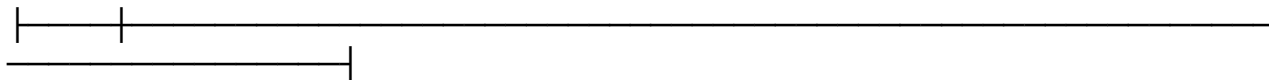
| 33. | Ecografie transfontanelara |



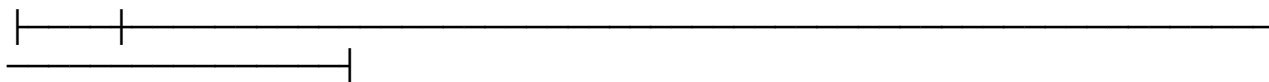
| 34. | Ecografie de organ/articulație/parti moi |



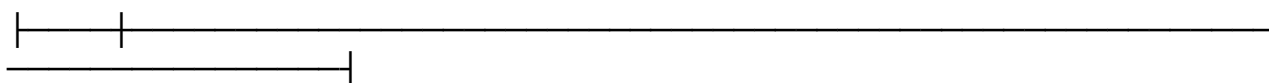
| 35. | Ecografie obstetricala anomalii trimestrul II |



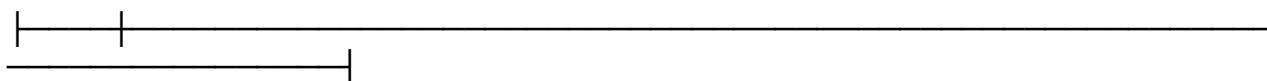
| 36. | Ecografie obstetricala anomalii trimestrul I cu TN |



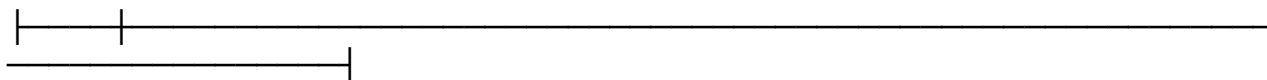
| 37. | Senologie imagistica - ecografie |



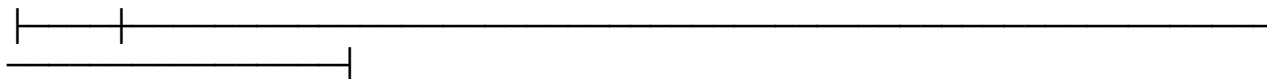
| 38. | Ecocardiografie |



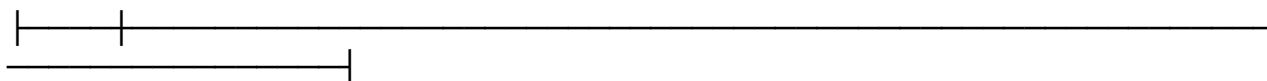
| 39. | Ecocardiografie + Doppler |



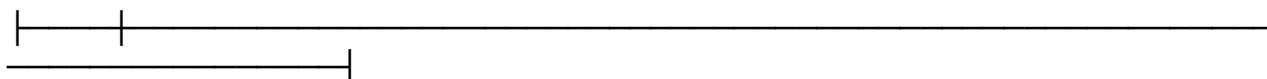
| 40. | Ecocardiografie + Doppler color |



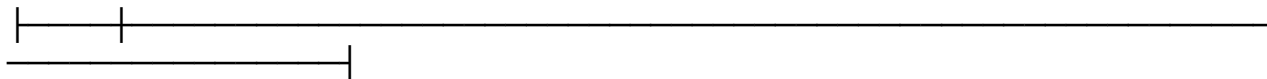
| 41. | Ecocardiografie transesofagiana |



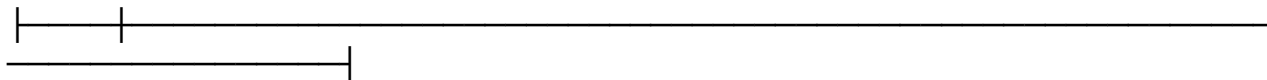
| | B. Investigatii de inalta performanta |



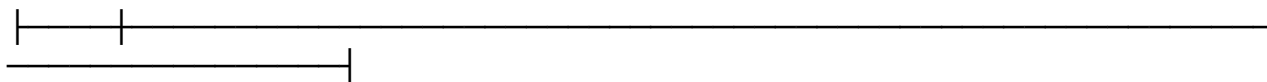
| 42. | CT craniu nativ |



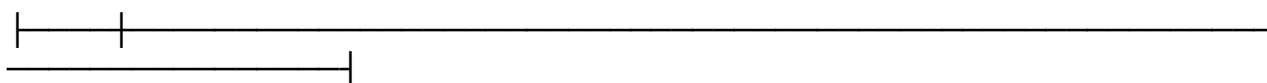
| 43. | CT buco-maxilo-facial nativ |



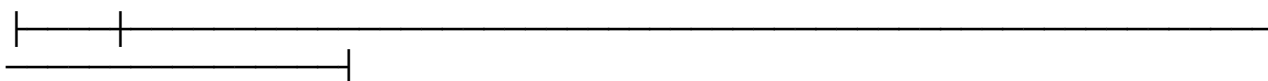
| 44. | CT regiune gat nativ |



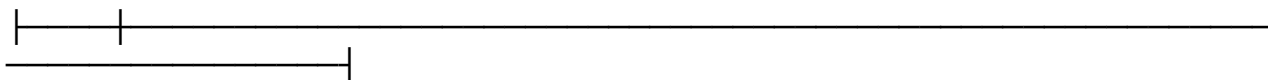
| 45. | CT regiune toracica nativ |



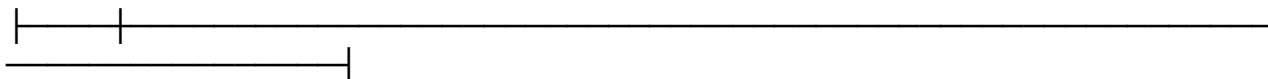
| 46. | CT abdomen nativ |



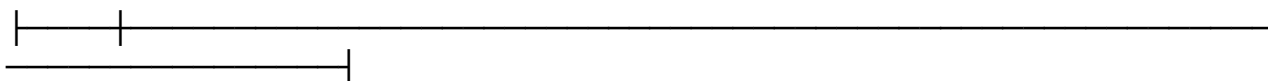
| 47. | CT pelvis nativ |



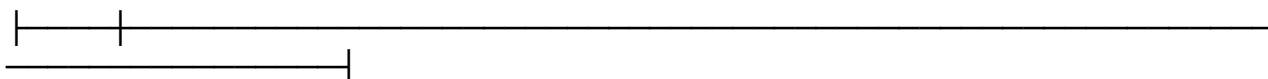
| 48. | CT coloana vertebrala nativ/segment |



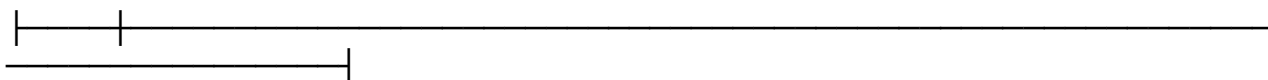
| 49. | CT membre nativ/membru |



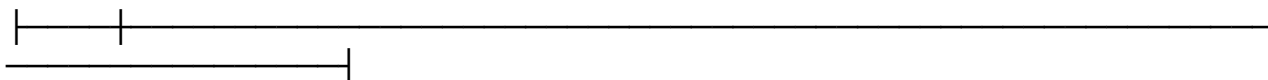
| 50. | CT mastoida |



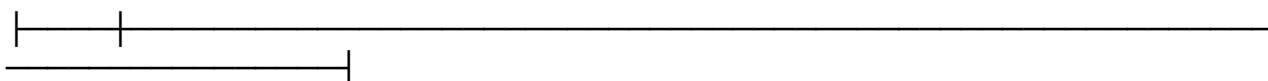
| 51. | CT sinusuri |



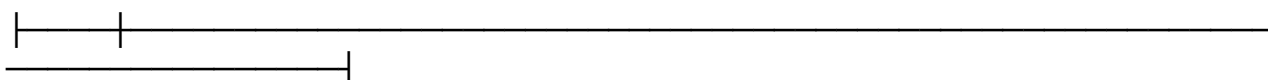
| 52. | CT craniu nativ si cu substanta de contrast |



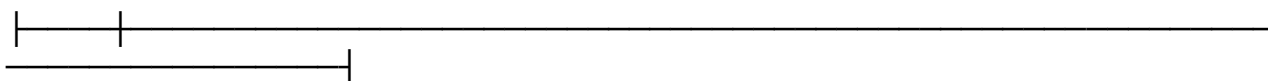
| 53. | CT hipofiza cu substanta de contrast |



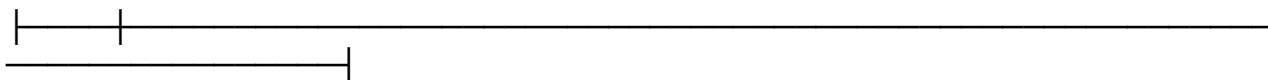
| 54. | CT buco-maxilo-facial nativ si cu substanta de contrast |



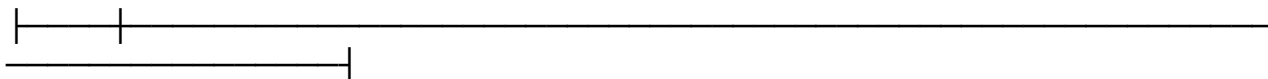
| 55. | CT regiune gat nativ si cu substanta de contrast |



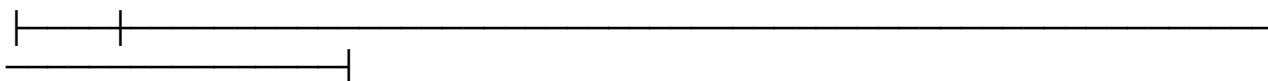
| 56. | CT regiune toracica nativ si cu substanta de contrast |



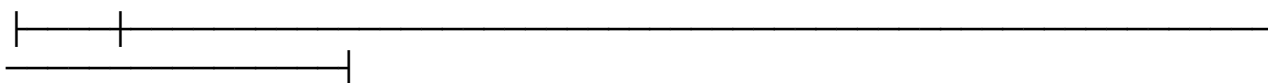
| 57. | CT abdomen nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos |



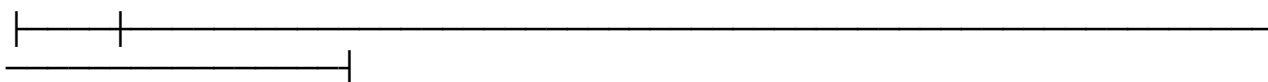
| 58. | CT pelvis nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos |



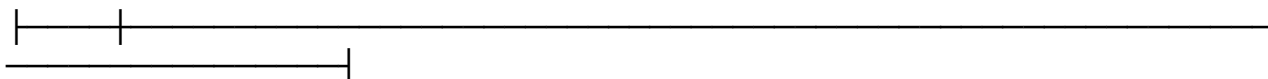
| 59. | CT coloana vertebrala nativ si cu substanta de contrast administrata |
| | intravenos/segment |



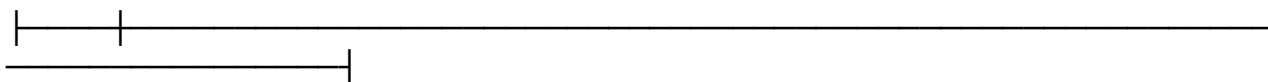
| 60. | CT membre nativ si cu substanta de contrast administrata |
| | intravenos/membru |



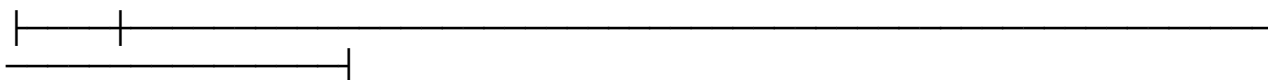
| 61. | CT ureche interna |



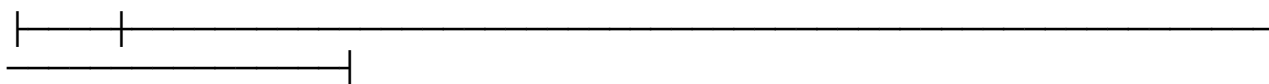
| 62. | Uro CT |



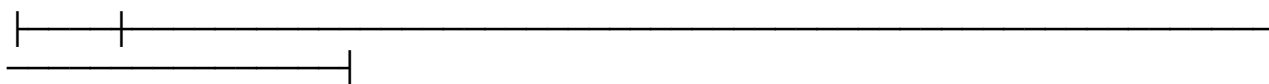
| 63. | Angiografie CT membre |



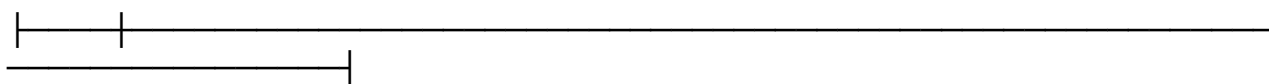
| 64. | Angiografie CT craniu |



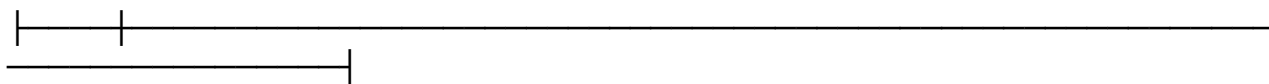
| 65. | Angiografie CT regiune cervicala |



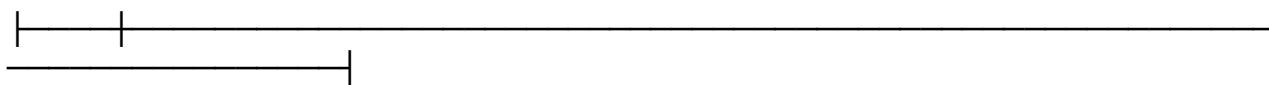
| 66. | Angiografie CT torace |



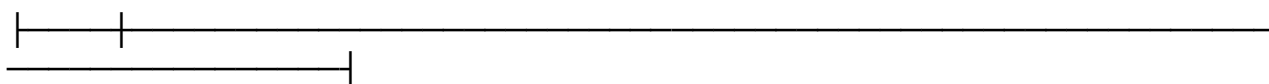
| 67. | Angiografie CT abdomen |



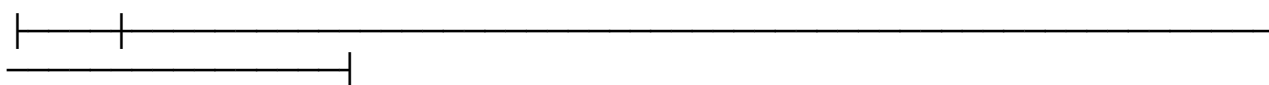
| 68. | Angiografie CT pelvis |



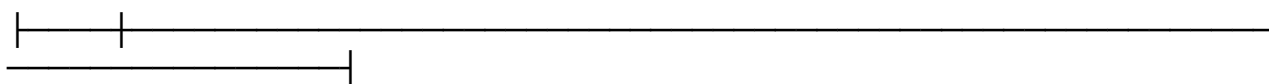
| 69. | Angiografii CT coronare |



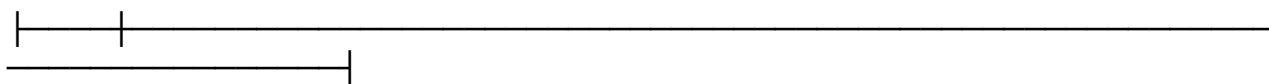
| 70. | RMN craniocerebral nativ |



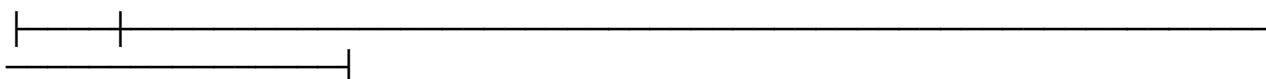
| 71. | RMN sinusuri |



| 72. | RMN torace nativ |

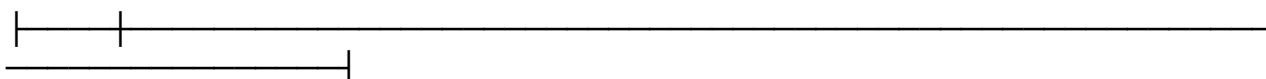


| 73. | RMN gat nativ |

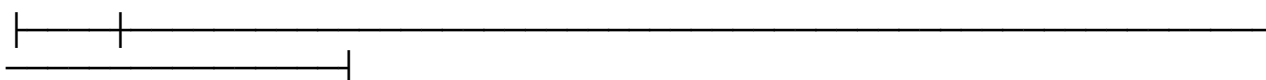


| 74. | RMN regiuni coloana vertebrala (cervicala, toracica, lombosacrata) |

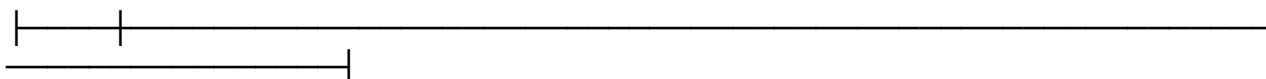
| | nativ |



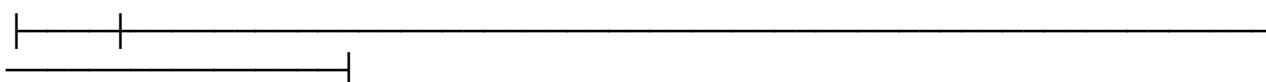
| 75. | RMN abdominal nativ |



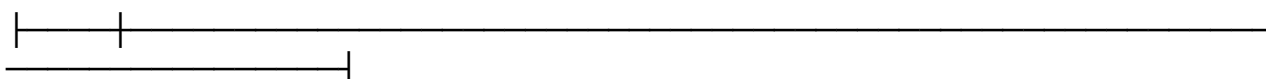
| 76. | RMN pelvin nativ |



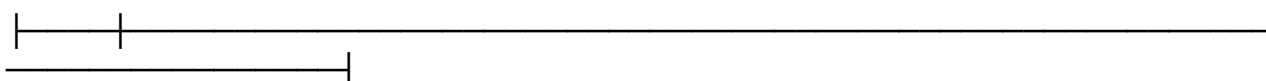
| 77. | RMN extremitati nativ/segment (genunchi, cot, glezna etc.) |



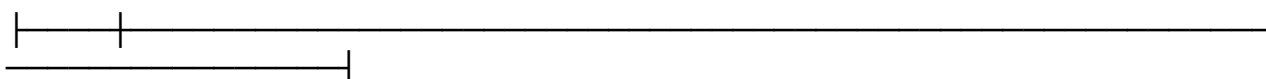
| 78. | RMN umar nativ |



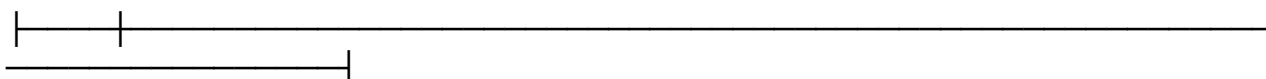
| 79. | RMN umar nativ si cu substanta de contrast |



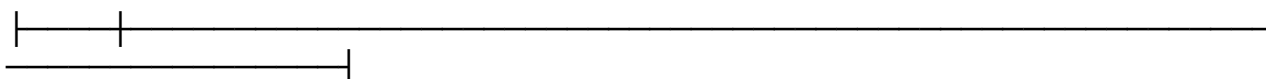
| 80. | RMN torace nativ si cu substanta de contrast |



| 81. | RMN regiune cervicala nativ si cu substanta de contrast |

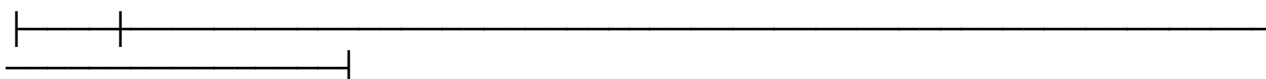


| 82. | RMN cranio-cerebral nativ si cu substanta de contrast |

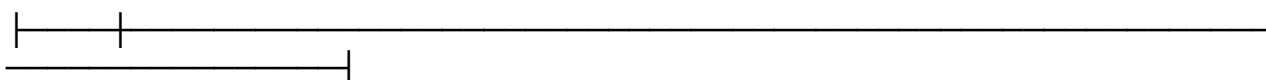


| 83. | RMN regiuni coloana vertebrala (cervicala, toracala, lombosacrata) |

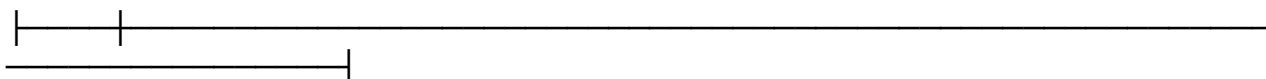
| | nativ si cu substanta de contrast |



| 84. | RMN abdominal nativ si cu substanta de contrast |

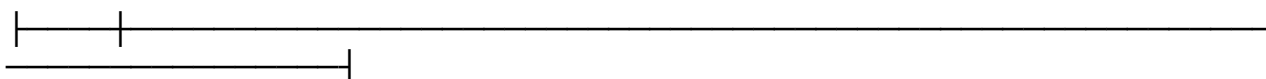


| 85. | RMN pelvin nativ si cu substanta de contrast |

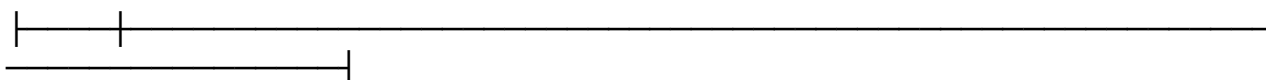


| 86. | RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, glezna etc.) cu substanta de |

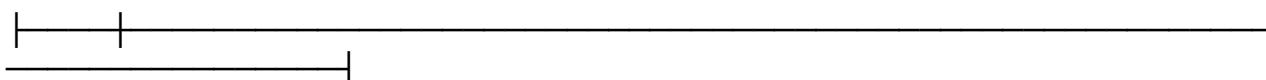
| | contrast |



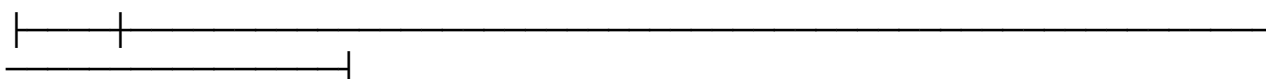
| 87. | RMN cord nativ |



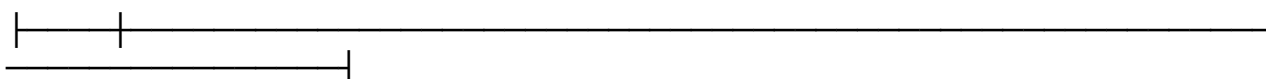
| 88. | RMN cord cu substanta de contrast |



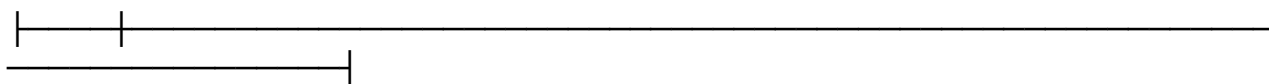
| 89. | RMN hipofiza cu substanta de contrast |



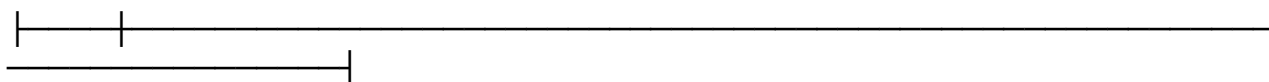
| 90. | Uro RMN cu substanta de contrast |



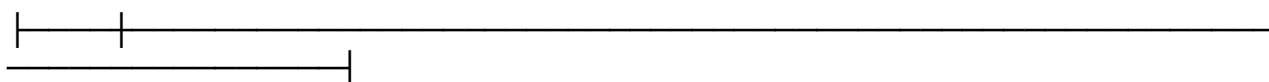
| 91. | Angiografia RMN trunchiuri supraaortice |



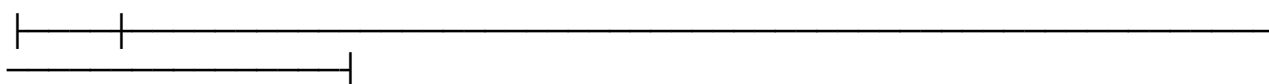
| 92. | Angiografia RMN artere renale sau aorta |



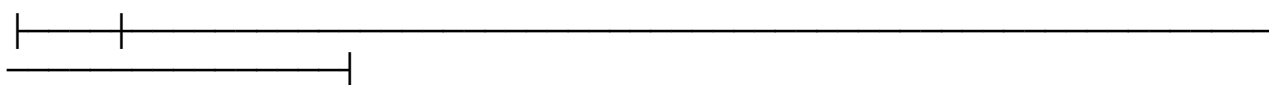
| 93. | Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis, membre etc.) |



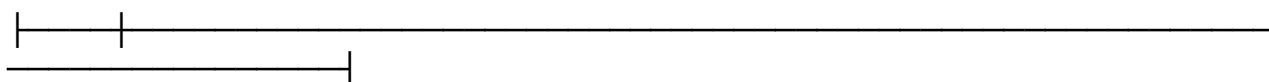
| 94. | Angiografia carotidiana cu substanta de contrast |



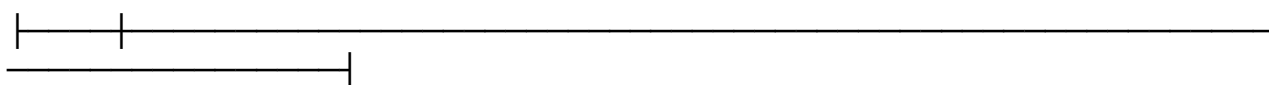
| 95. | RMN abdominal cu substanta de contrast si colangio RMN |



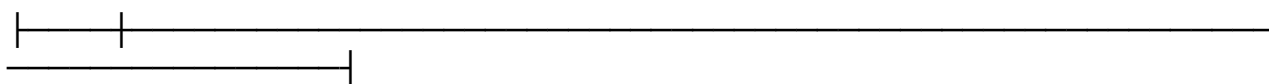
| 96. | Colangio RMN |



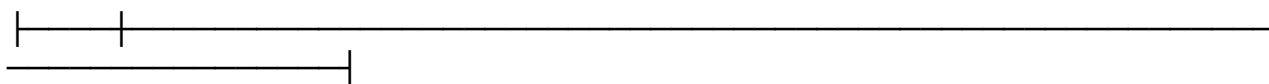
| 97. | RMN sani nativ |



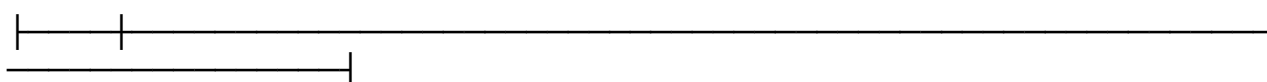
| 98. | RMN sani nativ si cu substanta de contrast |



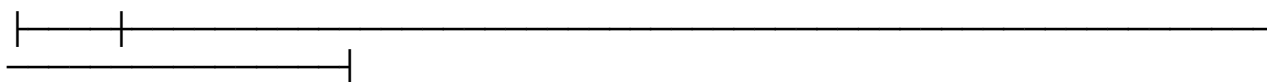
| | II. Explorari functionale |



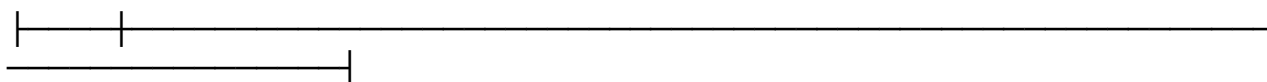
| 99. | EKG |



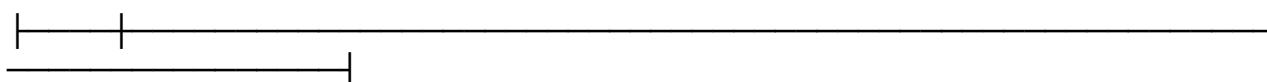
| 100. | Holter TA |



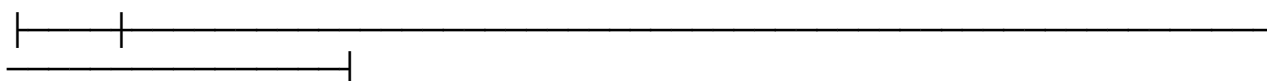
| 101. | Spirometrie |



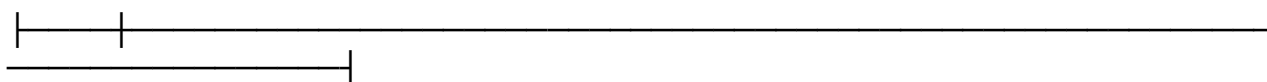
| 102. | Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor |



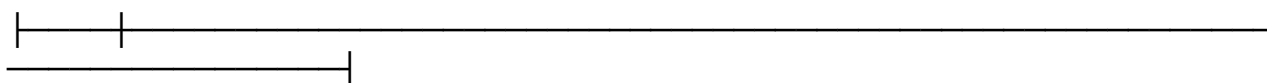
| 103. | Peak-flowmetrie |



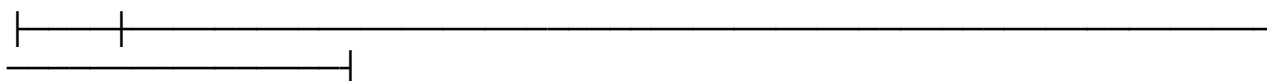
| 104. | Electroencefalografia (EEG) |



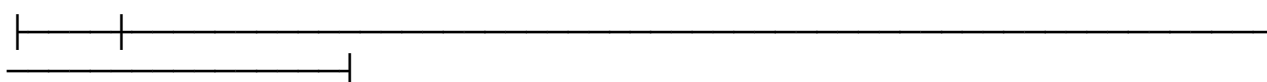
| 105. | Electromiografie (EMG) |



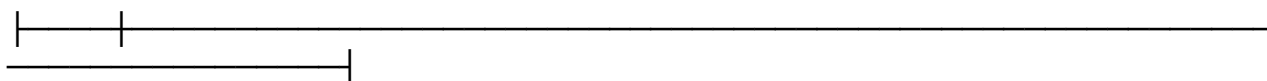
| 106. | Testul de efort pentru evaluarea functiei respiratorii |



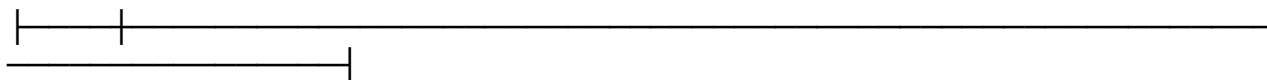
| 107. | Spirometrie de efort |



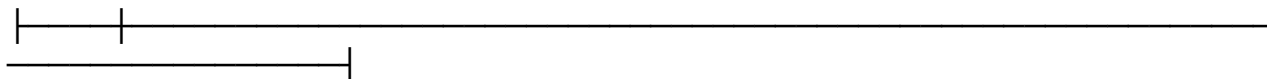
| 108. | Bronhospirimetrie |



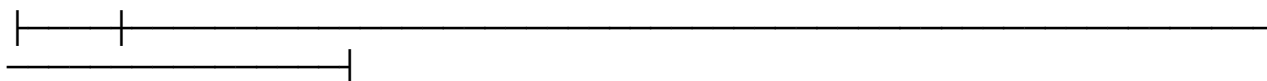
| 109. | Teste de provocare inhalatorii |



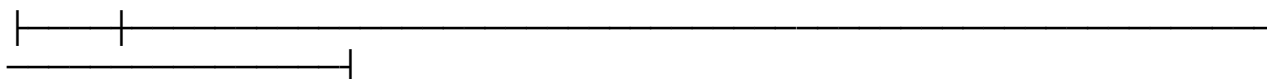
| 110. | Inregistrare ECG continua ambulatorie, holter |



| | III. Medicina nucleara |

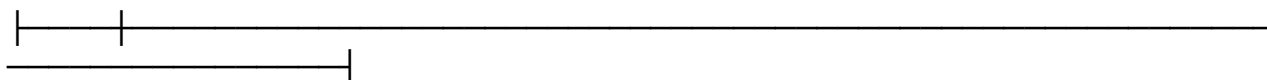


| 111. | Scintigrafia renala |



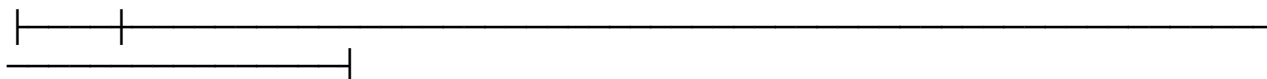
| 112. | Scintigrafia cerebrala (scintigrafie SPECT perfuzie cerebrala |

| | -30/90 min de la inj.) |



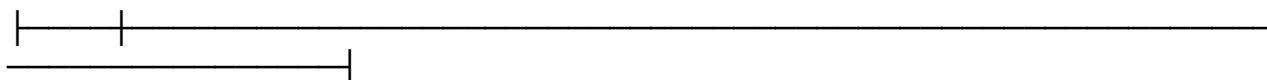
| 113. | Studiu radioizotopic de perfuzie miocardica la efort (scintigrafie |

| | spect perfuzie miocardica efort) |



| 114. | Studiu radioizotopic de perfuzie miocardica in repaus (scintigrafie |

| | spect perfuzie miocardica repaus) |



| 115. | Studiu radioizotopic de perfuzie pulmonara/scintigrafie perfuzie |

| | pulmonara |

116. Scintigrafia osoasa localizata	
117. Scintigrafia osoasa completa	
118. Scintigrafia hepatobiliara	
119. Scintigrafia tiroidiana	
120. Scintigrafia paratiroidiana	

Conditile/Criteriile acordarii investigatiilor paraclinice - radiologie, imagistica, medicina nucleara si explorari functionale se stabilesc prin norme.

F. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA PENTRU ASISTENTA MEDICALA SPITALICEASCA

1. Serviciile spitalicesti sunt de tip preventiv, curativ, de recuperare medicala, paliative si cuprind: consultatii medicale de specialitate, investigatii, tratamente medicale si/sau chirurgicale, ingrijire, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare si masa, dupa caz, in functie de tipul de spitalizare.

2. In functie de durata de spitalizare, asistenta medicala spitaliceasca se acorda in regim de:

- a) spitalizare continua;
- b) spitalizare de zi.

3. Asistenta medicala spitaliceasca in regim de spitalizare continua cuprinde ingrijiri de tip acut si ingrijiri de tip cronic si se acorda cu respectarea urmatoarelor criterii de internare:

- a) nastere;

- b) urgente medico-chirurgicale si situatiile in care este pusa in pericol viata pacientului sau care au acest potential, ce necesita supraveghere medicala continua;
 - c) boli cu potential endemoepidemic care necesita izolare si tratament;
 - d) bolnavi aflati sub incidenta art. 109, 110, 124 si 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificarile si completarile ulterioare, si in cazurile dispuse prin ordonanta a procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, care necesita izolare ori internare obligatorie, si tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanta de judecata a dispus executarea pedepsei intr-un penitenciar-spital, precum si tratamentul pacientilor din penitenciare ale caror afectiuni necesita monitorizare si reevaluare in cadrul penitenciarelor-spital; bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata - ani;
 - e) afectiuni pentru care diagnosticul si/sau tratamentul nu pot fi monitorizate in ambulatoriu sau spitalizare de zi.
4. Factorii de care trebuie sa se tina cont cumulativ in luarea deciziei de internare in regim de spitalizare continua sunt:
- a) severitatea semnelor si simptomelor prezentate de pacient;
 - b) predictibilitatea medicala a unei evolutii negative, nedorite a pacientului;
 - c) nevoia pentru si disponibilitatea analizelor/investigatiilor diagnostice;
 - d) epuizarea resurselor diagnostice si terapeutice in celelalte domenii de asistenta medicala.
5. Pacientii care prezinta un bilet de internare pentru spitalizare continua vor putea fi programati pentru internare, in functie de afectiune si de gravitatea semnelor si simptomelor prezentate si de disponibilitatea serviciilor unitatii spitalicesti solicitate.
6. Prevenirea spitalizarilor continue considerate evitabile se va realiza prin diagnosticare precoce, abordare, tratament si monitorizare, respectiv supraveghere corespunzatoare, in ambulatoriu si in spitalizarea de zi, dupa caz.
7. Lista diagnosticelor principale considerate spitalizari continue evitabile si criteriile specifice aferente diminuarii/ eliminarii acestora din spitalizarea continua se detaliaza in norme.
8. Asistenta medicala spitaliceasca in regim de spitalizare de zi cuprinde ingrijiri de tip acut si ingrijiri de tip cronic si se acorda cu respectarea urmatoarelor criterii de internare:
- a) urgente medico-chirurgicale ce necesita supraveghere medicala pana la 12 ore in conditiile stabilite in norme, doar in unitatile sanitare cu paturi care acorda si asistenta medicala spitaliceasca in regim de spitalizare continua;
 - b) diagnosticul nu poate fi stabilit si tratamentul nu poate fi efectuat si/sau monitorizat in ambulatoriu.
9. Serviciile necesare pentru diagnosticarea, tratarea sau monitorizarea pacientului care se efectueaza in regim de spitalizare de zi pot avea caracter plurispecializat si/sau multidisciplinar, pot fi invazive, pot fi urmate de reactii adverse sau risc de urgenta pe timpul efectuarii lor sau corelate cu starea de sanatate a pacientului, impunand supraveghere medicala care nu poate fi efectuata in ambulatoriu.
10. Afectiunile care pot fi diagnosticate si tratate in regim de spitalizare de zi:

- a) afectiunile si procedurile prevazute in norme;
- b) afectiuni pentru care se acorda servicii de chimioterapie, radioterapie, brahiterapie, litotritie, implant de cristalin, intrerupere de sarcina cu recomandare medicala, amniocenteza, biopsie de vilozitati coriale, administrarea tratamentului pentru profilaxia rabiei;
- c) instalarea de gastrostome sau jejunostome percutane pentru administrarea nutritiei enterale;
- d) proceduri specifice de terapia durerii, conform normelor;
- e) instalarea de catetere intravenoase pentru utilizare indelungata, tunelizate si/sau cu camera implantabila pentru diverse metode terapeutice, conform normelor;
- f) afectiuni care necesita administrare de medicamente corespunzatoare DCI-urilor notate cu (**)^1, (**)^1^beta si (**)^1 omega, prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008 , cu modificarile si completarile ulterioare;

Lit. f) a pct. 10 din Cap. II al lit. F din anexa 1 a fost modificata de pct. 1 al art. II din HOTARAREA nr. 18 din 12 ianuarie 2017 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 46 din 17 ianuarie 2017.

g) HIV/SIDA care necesita monitorizarea bolnavilor.

11. Serviciile medicale spitalicesti in regim de spitalizare continua si de zi se acorda pe baza biletului de internare eliberat de:

- a) medicul de familie;
- b) medicul de specialitate din unitatile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare;
- c) medicii din unitatile de asistenta medico-sociala;
- d) medicii din centrele de dializa private aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate/Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa caz;
- e) medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, in laboratoare de sanatate mintala, respectiv in centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, in cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate si care se afla in structura spitalelor ca unitati fara personalitate juridica;
- f) medicii de medicina muncii.

12. Nu se solicita bilet de internare in urmatoarele situatii:

a) pentru spitalizare continua:

- a.1) nastere;
- a.2) urgente medico-chirurgicale;
- a.3) boli cu potential endemoepidemic, care necesita izolare si tratament;
- a.4) bolnavi aflati sub incidenta art. 109, 110, 124 si 125 din Legea nr. 286/2009 , cu modificarile si completarile ulterioare, si in cazurile dispuse prin ordonanta a procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, care necesita izolare ori internare obligatorie, si tratamentul persoanelor private

de libertate pentru care instanta de judecata a dispus executarea pedepsei intr-un penitenciar-spital, precum si tratamentul pacientilor din penitenciare ale caror afectiuni necesita monitorizare si reevaluare in cadrul penitenciarelor-spital;

a.5) pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata - ani;

a.6) cazurile care au recomandare de internare intr-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate;

a.7) transferul intraspitalicesc in situatia in care se schimba tipul de ingrijire;

a.8) transferul interspitalicesc;

a.9) pacientii care au scrisoare medicala la externare cu indicatie de revenire pentru internare;

a.10) pacientii cu hemofilie aflati in programul national de hemofilie;

b) pentru spitalizare de zi, daca se acorda servicii de:

b.1) urgenta medico-chirurgicala;

b.2) chimioterapie;

b.3) radioterapie;

b.4) administrare de medicamente corespunzatoare DCI-urilor notate cu $(^{**})^1$, $(^{**})^1$ beta si $(^{**})^1$ omega, prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008 , cu modificarile si completarile ulterioare;

Lit. b.4) a pct. 12 din Cap. II al lit. F din anexa 1 a fost modificata de pct. 2 al art. II din HOTARAREA nr. 18 din 12 ianuarie 2017 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 46 din 17 ianuarie 2017.

b.5) monitorizare a bolnavilor cu HIV/SIDA;

b.6) evaluare dinamica a raspunsului viroimunologic;

b.7) monitorizare si tratament ale bolnavilor cu talasemie;

b.8) monitorizare a bolnavilor oncologici;

b.9) administrare a tratamentului pentru profilaxia rabiei;

b.10) monitorizarea sifilisului genital primar si sifilisului secundar al pielii si mucoaselor;

b.11) rezolvare a cazurilor care au recomandare de internare intr-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate;

b.12) pacientii care au scrisoare medicala la externare cu indicatie de revenire pentru internare;

b.13) pacientii cu hemofilie aflati in programul national de hemofilie.

G. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA PENTRU CONSULTATII DE URGENTA LA DOMICILIU SI ACTIVITATI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultatii de urgenta la domiciliu pentru urgentele medico-chirurgicale - cod verde - prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2.021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, al centrului de permanenta sau prin sistemul de consultatii de urgenta la domiciliu, sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgenta sau a celor integrate.

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1. transportul medicului dus-intors in vederea constatarii unui deces in zilele de vineri, sambata, duminica si in zilele de sarbatori legale, pentru eliberarea certificatului constatator al decesului, in conditiile prevazute de lege;

2.2. transportul echipajului de consultatii de urgenta la domiciliu si, dupa caz, transportul pacientului care nu se afla in stare critica si nu necesita monitorizare si ingrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitara, daca se impune asistenta medicala de specialitate ce nu poate fi acordata la domiciliu;

2.3. transportul copiilor dializati cu varsta cuprinsa intre 0-18 ani si al persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate in centrele de dializa de adulti, de la centrul de dializa pana la domiciliul acestora si retur, in vederea efectuarii dializei in unitatile sanitare situate in alt judet decat cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializati cu varsta cuprinsa intre 0-18 ani si al persoanelor peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate in centrele de dializa de adulti, se efectueaza in baza contractelor incheiate intre casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi au domiciliul persoanele dializate si unitatile medicale specializate aflate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate din judetul de domiciliu;

2.4. bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate in aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major si stari post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputatii recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stari casectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronica obliteranta stadiul III si IV, insuficienta cardiaca clasa NYHA III si IV, status post revascularizare miocardica prin by-pass aortocoronarian si revascularizare periferica prin by-pass aortofemural, pacientii cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacientii oxigenodependenti, cu malformatii arteriovenoase - rupte neoperate, malformatii vasculare cerebrale - anevrisme, malformatii arteriovenoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natura neprecizata si care necesita transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport conventionale, pot fi transportati inclusiv in alt judet;

2.5. transportul de la si la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majora in vederea efectuarii transfuziei;

2.6. transportul asiguratilor nedeplasabili cu tetrapareze sau insuficienta motorie a trenului inferior la spital pentru internare pe baza biletului de internare in unitatile sanitare de recuperare;

2.7. transportul dus-intors la cabinetul de specialitate din specialitatile clinice si de la cabinet la domiciliu, pentru asiguratii imobilizati la pat, pentru consultatie in vederea evaluarii, monitorizarii si prescrierii tratamentului in cazul afectiunilor cronice pentru care medicatia poate fi prescrisa numai de medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate;

2.8. transportul dus-intors, la laboratorul de investigatii paraclinice si de la laborator la domiciliu, pentru asiguratii imobilizati la pat, pentru efectuare de investigatii medicale paraclinice in

ambulatoriu recomandate de medicii de familie sau medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

H. PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZA PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ȘI ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

| Nr. | Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu/ |

| crt. | îngrijire paliativă la domiciliu |

| 1. | Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respirație, puls, TA, |

| | diureză și scaun *****) |

| | *****) Recomandarea serviciului se face de către medici pentru toți |

| | parametri 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 |

| |

| | *) In afara injectiilor si perfuziilor cu produse de origine umana. |

| |

| 3. | Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea |

| | medicului*) ****) |

| |

| | *) In afara injectiilor si perfuziilor cu produse de origine umana. |

| | ****) Se efectueaza sub supravegherea medicului care isi desfasoara |

| | activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la |

| | domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu. |

| |

| 4. | Sondaj vezical, ingrijirea sondei urinare si administrarea |

| | medicamentelor intravezical pe sonda vezicala***) |

| |

| | ***) La barbati se efectueaza de catre medicul care isi desfasoara |

| | activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la |

| | domiciliu/ingrijiri medicale paliative. |

| 5. | Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasa sub |
| | supravegherea medicului*) ****) |

	*) In afara injectiilor si perfuziilor cu produse de origine umana.
	****) Se efectueaza sub supravegherea medicului care isi desfasoara
	activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la
	domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu.

| 6. | Alimentarea artificiala pe gastrostoma/sonda gastrica si educarea |
| | asiguratului/apartinatorilor |

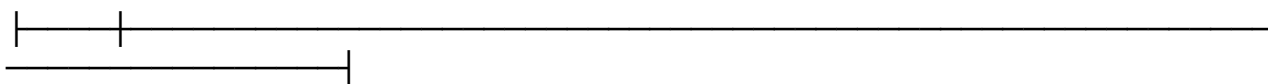
| 7. | Alimentarea pasiva, pentru bolnavii cu tulburari de deglutitie, |
| | inclusiv instruirea asiguratului/apartinatorului |

| 8. | Clisma cu scop evacuator |

| 9. | Spalatura vaginala in cazuri de deficit motor |

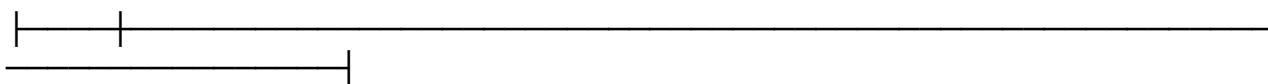
| 10. | Manevre terapeutice pentru evitarea complicatiilor vasculare ale |
| | membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicatii |

| | medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc si a rulourilor |

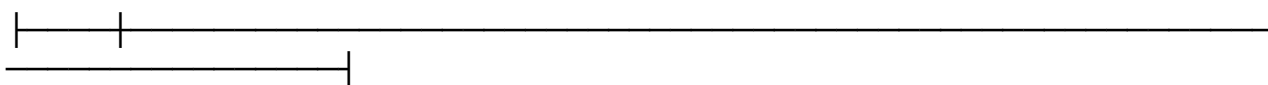


| 11. | Manevre terapeutice pentru evitarea complicatiilor pulmonare: posturi |

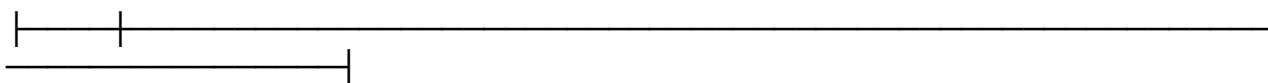
| | de drenaj bronsic, tapotaj, fizioterapie respiratorie |



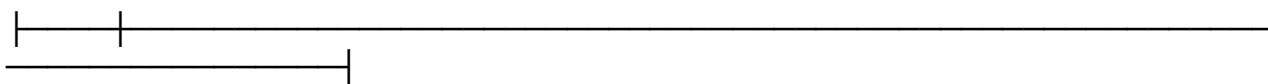
| 12. | Ingrijirea plagilor simple si/sau suprainfectate/suprimarea firelor |



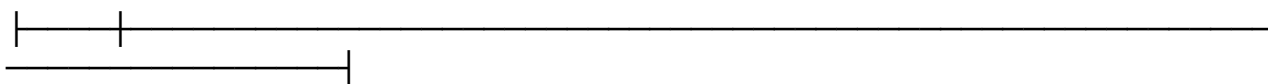
| 13. | Ingrijirea escarelor multiple |



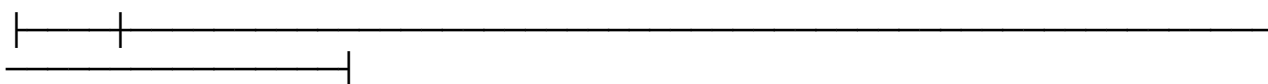
| 14. | Ingrijirea stomelor |



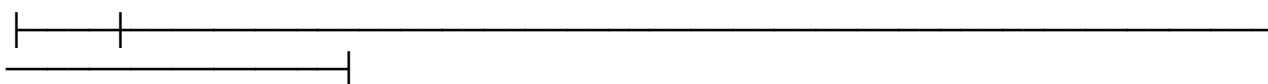
| 15. | Ingrijirea fistulelor |



| 16. | Ingrijirea tubului de dren si instruirea asiguratului |

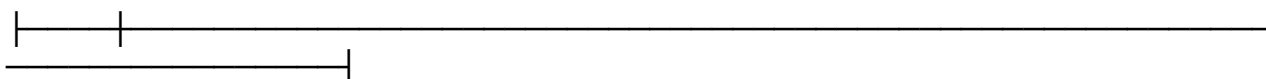


| 17. | Ingrijirea canulei traheale si instruirea asiguratului |



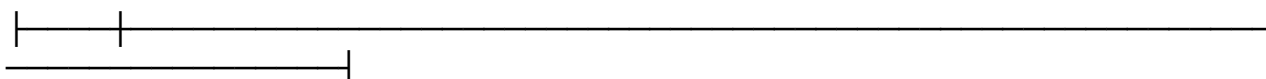
| 18. | Aplicarea de plosca, bazinet, condom urinar, mijloc ajutator pentru |

| | absorbtia urinei**) |



| |**) Este inclus si mijlocul ajutator pentru absorbtia urinei, minimum |

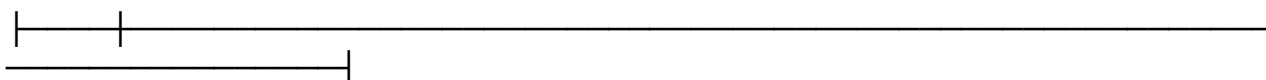
| |doua mijloace ajutatoare pentru absorbtia urinei/zi. |



| 19. | Evaluarea asiguratului: stabilirea si aplicarea unui plan de ingrijiri |

| |in controlul durerii si altor simptome asociate bolii si reevaluarea |

| |periodica |

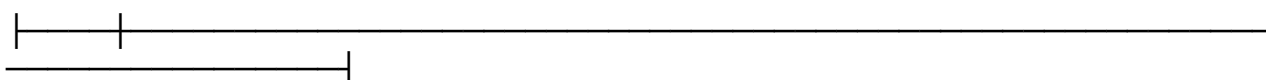


| 20. | Evaluarea mobilitatii, a capacitatii de autoingrijire, a riscului de |

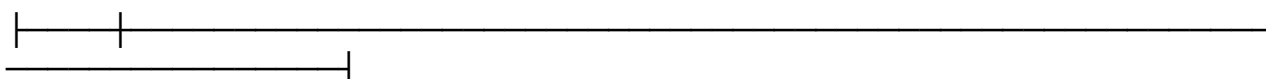
| |aparitie a escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor |

| |nutritionale, implementarea interventiilor stabilite in planul de |

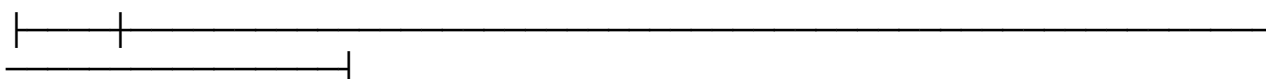
| |ingrijiri si reevaluarea periodica - de catre asistentul medical |



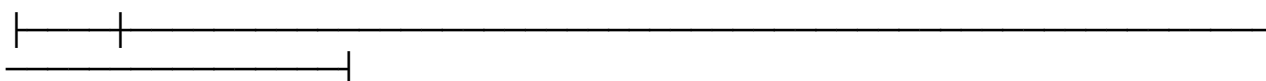
| 21. | Masaj limfedem si contentie elastica |



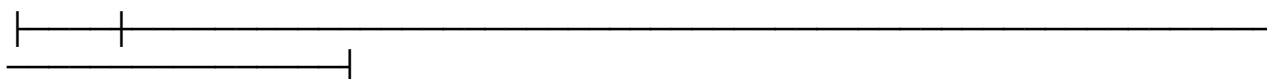
| 22. | Masaj limfedem cu pompa de compresie |



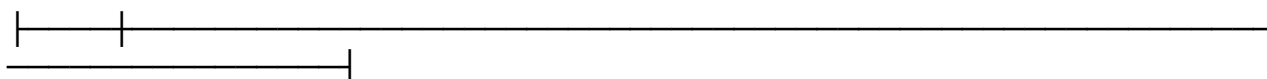
| 23. | Montare TENS |



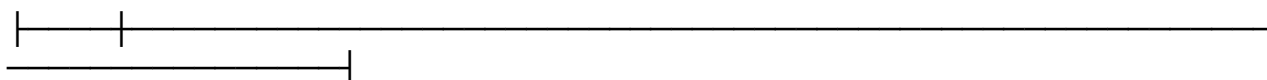
| 24. | Administrare medicatie prin nebulizare |



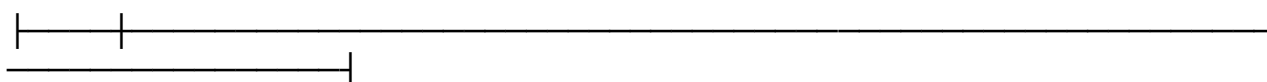
| 25. | Aspiratie gastrica |



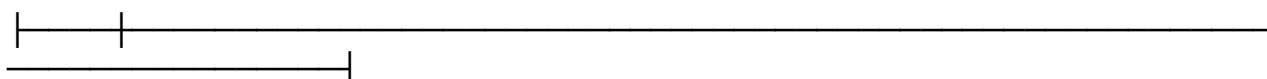
| 26. | Aspiratie cai respiratorii |



| 27. | Paracenteza |



| 28. | Ventilatie noninvaziva****) |



| | ****) Se efectueaza sub supravegherea medicului pneumolog cu atestat |

| | in Managementul general, clinic si terapeutic al tulburarilor |

| | respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, in |

| | Managementul general, clinic si terapeutic al tulburarilor |

| | respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, |

| | polisomnografie si titrare CPAP/BiPAP si in Managementul general, |

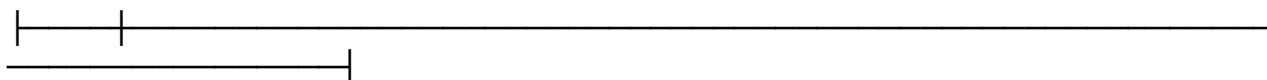
| | clinic si terapeutic al tulburarilor respiratorii - Ventilatie |

| | noninvaziva, a medicului cu specialitatea anestezie si terapie |

| | intensiva, a medicului specialist de medicina de urgenta, care isi |

| | desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri |

| | medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu. |



| 29. | Alimentatie parenterala - alimentatie artificiala pe cateter venos |

| | central sau periferic ****) |

| |

	****) Se efectueaza sub supravegherea medicului cu specialitatea
	anestezie si terapie intensiva care isi desfasoara activitatea intr-o
	forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri
	paliative la domiciliu.

| |

| |Serviciul nu include alimentele specifice. |

| |

| 30. | Kinetoterapie individuala |

| |

Conditile acordarii ingrijirilor medicale la domiciliu/ingrijirilor paliative la domiciliu se stabilesc in norme.

I. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA IN ASISTENTA MEDICALA DE RECUPERARE MEDICALA, IN SANATORII, INCLUSIV SANATORII BALNEARE SI PREVENTORII

1. Serviciile de recuperare medicala sunt servicii acordate in regim de spitalizare in sanatorii/sectii sanatoriale pentru adulti si copii, preventorii cu sau fara personalitate juridica, inclusiv furnizori constituiti potrivit prevederilor Legii societatilor nr. 31/1990 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sanatatii ca sanatorii balneare ori au in structura avizata de Ministerul Sanatatii sectii sanatoriale balneare.

1.1. Servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie acordate in sanatorii balneare

| |

| Tipul de asistenta balneara | Durata maxima*) |

| |

| Servicii de recuperare, medicina | 14-21 zile/an/asigurat acordate intr-un |
| fizica si balneologie | singur episod care cuprinde minimum 4 |

Nota

*) Serviciile medicale acordate peste durata de spitalizare de 21 de zile se suporta in intregime de catre asigurati. Serviciile medicale se acorda si pentru durate mai mici de 14 zile. Conditiiile acordarii serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

1.1.1. Serviciile se acorda in baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare, medicina fizica si balneologie in sanatorii balneare, eliberate de catre medicii de familie, de catre medicii de specialitate din ambulatoriu si medicii din spital, aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate. Criteriile de eliberare a biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare, medicina fizica si balneologie medicala sunt prevazute in norme.

1.1.2. Serviciile se acorda pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate de recuperare, medicina fizica si balneologie, cu incadrarea in prevederile mai sus mentionate.

1.2. Servicii medicale de recuperare medicala acordate in sanatorii, altele decat balneare si preventorii

1.2.1. Serviciile medicale de recuperare medicala acordate in alte sanatorii decat cele balneare si in preventorii sunt servicii acordate in regim de spitalizare, pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate care isi desfasoara activitatea in aceste unitati.

1.2.2. Serviciile se acorda in baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare medicala eliberate de catre medicii de familie, de catre medicii de specialitate din ambulatoriu si medicii din spital, aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate. Conditiiile acordarii serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

J. PACHETUL DE BAZA PENTRU MEDICAMENTE CU SI FARA CONTRIBUTIE PERSONALA IN TRATAMENTUL AMBULATORIU

Medicamentele de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala sunt prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare, prevazuta in Hotararea Guvernului nr. 720/2008 , cu modificarile si completarile ulterioare.

K. PACHETUL DE BAZA PENTRU DISPOZITIVELE MEDICALE DESTINATE RECUPERARII UNOR DEFICIENTE ORGANICE SAU FUNCTIONALE IN AMBULATORIU

1. Dispozitive de protezare in domeniul ORL

--	--	--	--

Nr.	Denumirea	Tipul	Termenul de
-----	-----------	-------	-------------

A horizontal number line with tick marks at 0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, and 100. A bracket is drawn below the line from 0 to 30, and another bracket is drawn below the line from 30 to 100.

| | tinenta urinara****) | | |

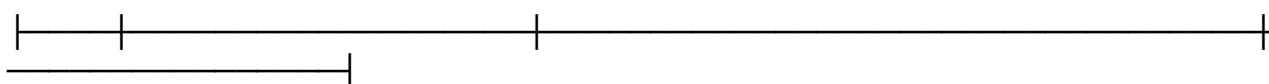
A horizontal number line is shown with tick marks at intervals of 10, labeled from 0 to 100. A bracket is drawn below the line, starting at 0 and ending at 20. The number 20 is written below the tick mark.

**) Se recomanda numai pentru retentie urinara, pentru vezica neurogena si obstructie canal uretral, la recomandarea medicului de specialitate neurologie, neurologie pediatrica, urologie, recuperare, medicina fizica si balneologie, oncologie si chirurgie pediatrica.

***) Pentru asiguratii cu urostomie cutanata dubla si nefrostomie bilaterala, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/luna de saci colectori de urina.

| crt. | dispozitivului | | inlocuire |

| C1 | C2 | C3 | C4 |



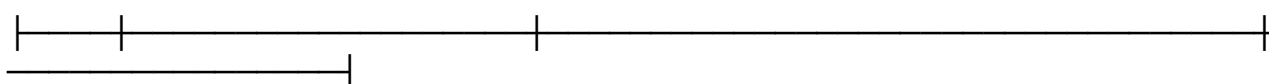
| 1. | Proteza partiala de | a) LISEFRANC | 2 ani |

| | picior | | |

| | | b) CHOPART | 2 ani |

| | | |

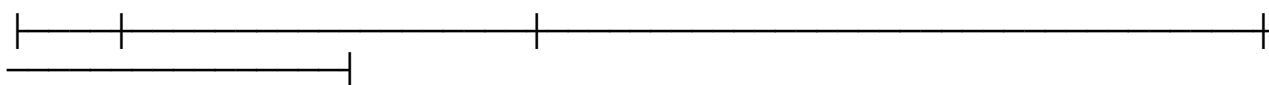
| | | c) PIROGOFF | 2 ani |



| 2. | Proteza pentru | SYME | 2 ani |

| | dezarticulatia de | | |

| | glezna | | |



| 3. | Proteza de gamba | a) conventionala, din material | 2 ani |

| | | plastic, cu contact total | |

| | | |

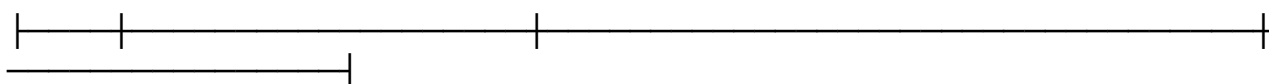
| | | b) geriatrica | 2 ani |

| | | |

| | | c) modulara | 4 ani |

| | | |

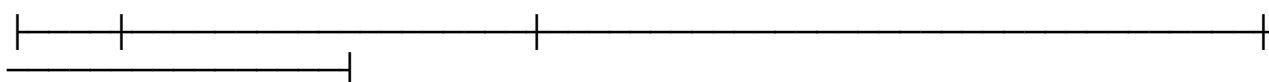
| | | d) modulara cu manson din silicon | 4 ani |



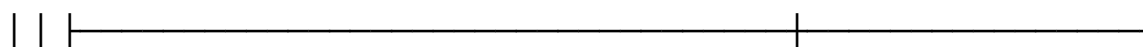
| 4. | Proteza pentru | modulara | 4 ani |

| | dezarticulatia de | | |

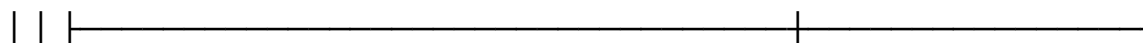
| | genunchi | | |



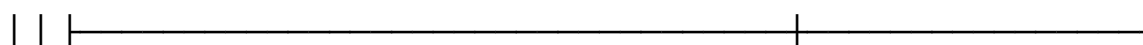
| 5. | Proteza de coapsa | a) combinata | 2 ani |



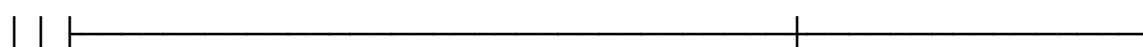
| | | b) din plastic | 2 ani |



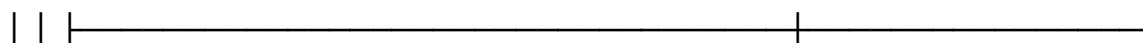
| | | c) cu vacuum | 2 ani |



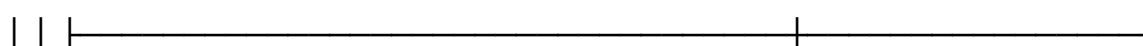
| | | d) geriatica | 2 ani |



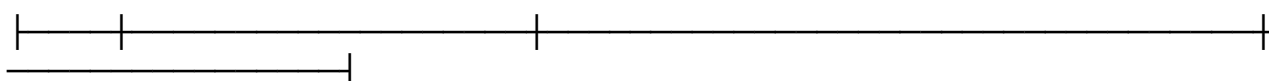
| | | e) modulara | 4 ani |



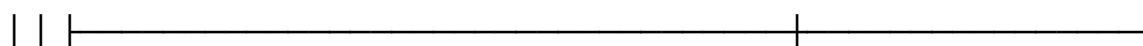
| | | f) modulara cu vacuum | 4 ani |



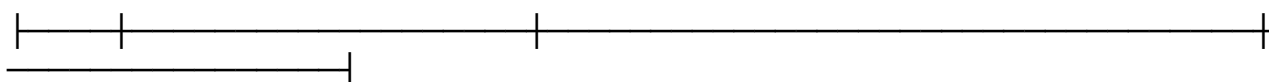
| | | g) modulara cu manson de silicon | 4 ani |



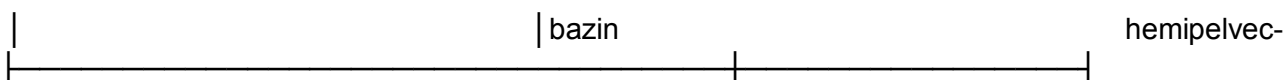
| 6. | Proteza de sold | a) conventionala | 2 ani |



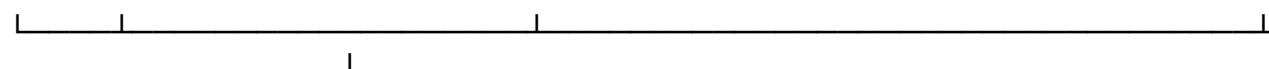
| | | b) modulara | 4 ani |



| 7. | Proteza partiala de | a) conventionala | 2 ani |



| | tomie | b) modulara | 4 ani |



4.1. Termenul de inlocuire de 2, respectiv 4 ani se considera de la momentul in care asiguratul a intrat in posesia protezei definitive, daca acesta a beneficiat si de proteza provizorie.

4.2. Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani se poate acorda o alta proteza inainte de termenul de inlocuire, prevazut in col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la ultima protezare.

4.3. Pentru un asigurat se pot acorda doua dispozitive medicale de acelasi tip (stanga-dreapta); termenul de inlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele doua (stanga-dreapta) este cel prevazut in col. C4.

4.4. Proteza de coapsa modulara cu manson de silicon si proteza de gamba modulara cu manson de silicon se acorda pentru amputatie ca urmare a complicatiilor diabetului zaharat si ca urmare a afectiunilor neoplazice la nivelul membrului inferior, in conditiile stabilite prin norme.

5. Protezele pentru membrul superior

--	--	--	--

Nr.	Denumirea	Tipul	Termenul de
crt.	dispozitivului		inlocuire
	medical		

--	--	--	--

C1	C2	C3	C4
----	----	----	----

--	--	--	--

1.	Proteza partiala de	a) functionala simpla	2 ani
----	---------------------	-----------------------	-------

mana			
------	--	--	--

b)	functionala	2 ani
----	-------------	-------

--	--	--	--

c)	de deget functionala simpla*)	2 ani
----	-------------------------------	-------

--	--	--	--

2.	Proteza de dezarti-	a) functionala simpla	2 ani
----	---------------------	-----------------------	-------

	culatie	de	incheie-
--	---------	----	----------

--	--	--	--

tura a mainii	b) functionala actionata pasiv	2 ani
---------------	--------------------------------	-------

--	--	--	--

		c) functională acționată prin	2 ani
--	--	-------------------------------	-------

| | cablu | |

d) functională acționată	8 ani
--------------------------	-------

| | | mionelectric | |

3.	Proteza de antebrat	a) functionala simpla	2 ani
----	---------------------	-----------------------	-------

[illegible]

b) functională acționată pasiv	2 ani
--------------------------------	-------

[illegible]

		c) functională acționată prin	2 ani
--	--	-------------------------------	-------

| | cablu | |

[illegible]

d) functională acționată mîc- e	8 ani
------------------------------------	-------

| | | tric cu pro-supinatie pasiva | | |
[illegible]

e) functională acționată mîc- e	8 ani
------------------------------------	-------

| | | tric cu pro-supinatie activa | | |

4.	Proteza de dezarti-	a) functionala simpla	2 ani
----	---------------------	-----------------------	-------

culatie de cot

	b) functională acționată pasiv	2 ani
--	--------------------------------	-------

[illegible]

		c) functională acționată prin	2 ani
--	--	-------------------------------	-------

| | cablu | |

[illegible]

d) functionala atipic electric	8 ani
--------------------------------	-------

| | |-----|

| | e) functionala mioelectrica | 8 ani |

| 5. | Proteza de brat | a) functionala simpla | 2 ani |

| | |-----|

| | b) functionala actionata pasiv | 2 ani |

| | |-----|

| | c) functionala actionata prin | 2 ani |

| | cablu | |

| | |-----|

| | d) functionala atipic electric | 8 ani |

| | |-----|

| | e) functionala mioelectrica | 8 ani |

| 6. | Proteza de dezarti- | a) functionala simpla | 2 ani |

| | |-----| culatie |-----| de |-----| umar

| | b) functionala actionata pasiv | 2 ani |

| | |-----|

| | c) functionala actionata prin | 2 ani |

| | cablu | |

| | |-----|

| | d) functionala atipic electric | 8 ani |

| | |-----|

| | e) functionala mioelectrica | 8 ani |

| 7. | Proteza pentru | a) functionala simpla | 2 ani |

Diagram illustrating the timeline of a patient's medical history, showing the progression of functional status and the duration of specific interventions.

The timeline is marked with vertical lines indicating key events:

- Birth:** The starting point of the timeline.
- Amputation:** A vertical line labeled "amputatie" indicating the point of amputation.
- Death:** A vertical line labeled "inter-" indicating the end of the timeline.

The timeline is divided into segments by these markers, with durations indicated by horizontal lines and labels:

- scapulo-toracica:** The segment between birth and amputation.
- b) functionala actionata pasiv:** The segment between amputation and death.
- c) functionala actionata prin:** The segment between birth and death, with a duration of **2 ani** (2 years).
- d) functionala atipic electric:** The segment between birth and death, with a duration of **8 ani** (8 years).

Nota

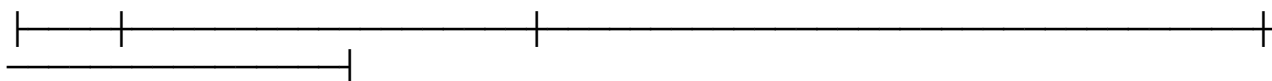
*) Se acorda pentru copii cu varsta cuprinsa intre 3-18 ani cu malformatii congenitale.

5.1. Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani se poate acorda o alta proteza inainte de termenul de inlocuire prevazut in col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la ultima protezare.

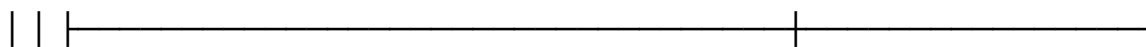
6. Orteze

Nr.	Denumirea	Tipul	Termenul de
crt.	dispozitivului		inlocuire
	medical		

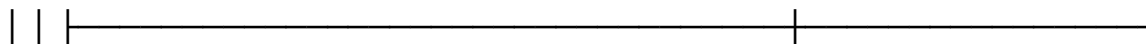
C1	C2	C3	C4
----	----	----	----



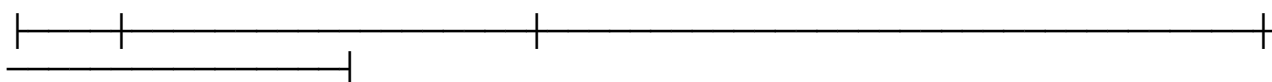
| 1. | Orteze cervicale | a) colar | 12 luni |



| | b) Philadelphia/Minerva | 12 luni |

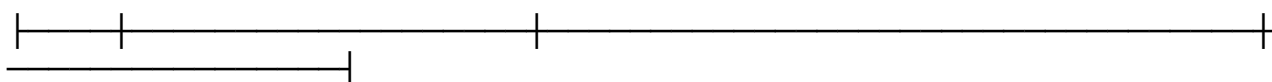


| | c) Schanz | 12 luni |

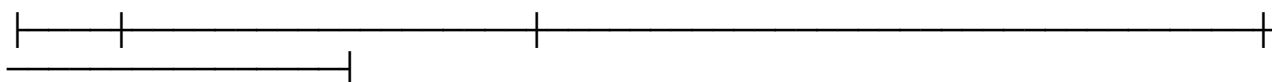


| 2. | Orteze cervico- | | 12 luni |

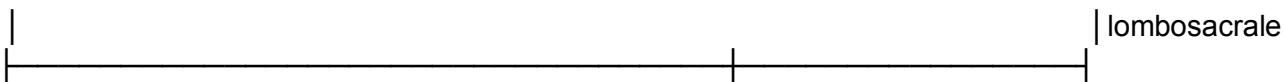
| | toracice | | |



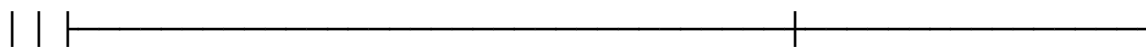
| 3. | Orteze toracice | | 12 luni |



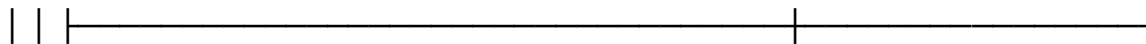
| 4. | Orteze toraco- | | 12 luni |



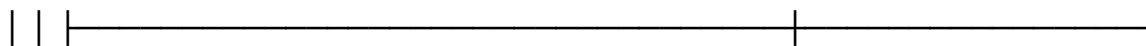
| | a) corset Cheneau | 12 luni |



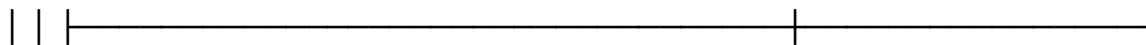
| | b) corset Boston | 12 luni |



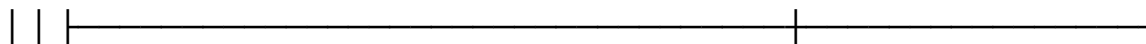
| | c) corset Euroboston | 12 luni |



| | d) corset Hessing | 12 luni |



| | e) corset de hiperextensie | 12 luni |



| | f) corset Lyonnais | 12 luni |

| | _____ | _____ |

| | g) corset de hiperextensie in 3 | 12 luni |

| | puncte pentru scolioza | |

_____ | _____ | _____ |
_____ |

| 5. | Orteze lombosacrale | | 12 luni |

| | _____ | _____ |

| | lombostat | 12 luni |

_____ | _____ | _____ |
_____ |

| 6. | Orteze sacro-iliace | | 12 luni |

_____ | _____ | _____ |
_____ |

| 7. | Orteze cervicoto- | a) corset Stagnara | 2 ani |

| _____ | _____ | _____ | raco-lombosacrale

| | b) corset Milwaukee | 12 luni |

_____ | _____ | _____ |
_____ |

Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani se poate acorda o alta orteza inainte de termenul de inlocuire prevazut in col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la ultima ortezare.

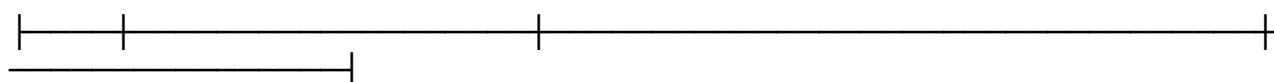
6.2. Pentru membrul superior

_____ | _____ | _____ |
_____ |

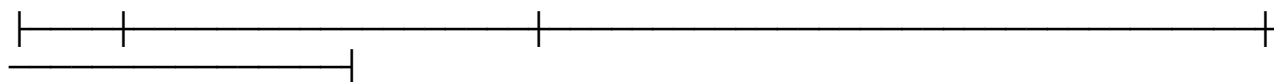
| Nr. | Denumirea | Tipul | Termenul de |

| crt. | dispozitivului | | inlocuire |

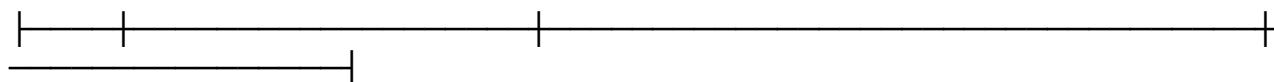
| | medical | | |



| C1 | C2 | C3 | C4 |

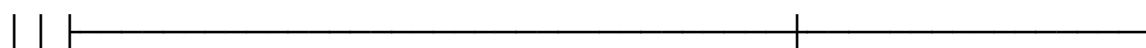


| 1. | Ortez de deget | | 12 luni |

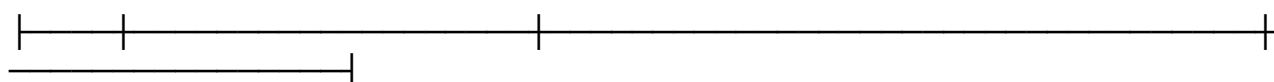


| 2. | Ortez de mana | a) cu mobilitatea/fixarea | 12 luni |

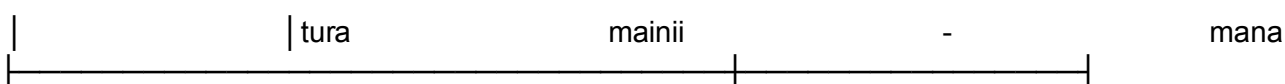
| | | degetului mare | |



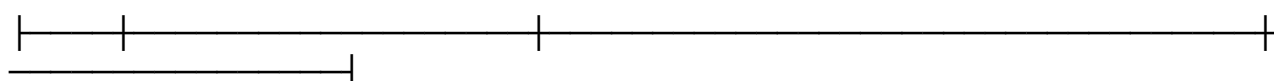
| | | b) dinamica | 12 luni |



| 3. | Ortez de incheie- | a) fixa | 12 luni |



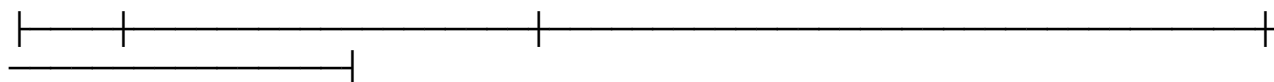
| | | b) dinamica | 12 luni |



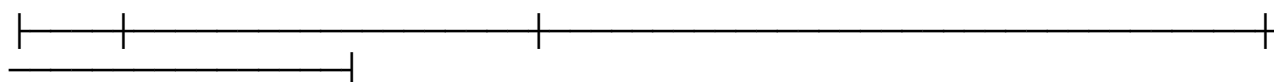
| 4. | Ortez de incheie- | fixa/mobila | 12 luni |

| | tura mainii - mana | |

| | - deget | |



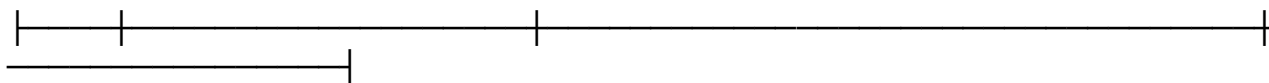
| 5. | Ortez de cot | cu atela/fara atela | 12 luni |



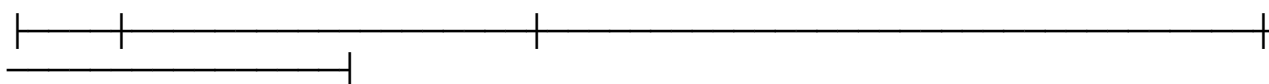
| 6. | Ortez de cot - | | 12 luni |

| | incheietura mainii | | |

| | - mana | | |

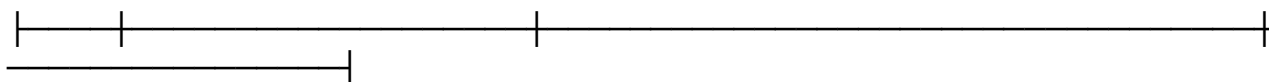


| 7. | Orteze de umar | | 12 luni |



| 8. | Orteze de umar - | | 12 luni |

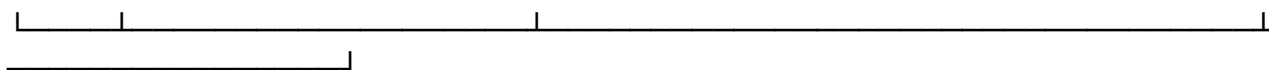
| | cot | | |



| 9. | Orteze de umar - | a) fixa | 12 luni |

| | cot | - | incheietura

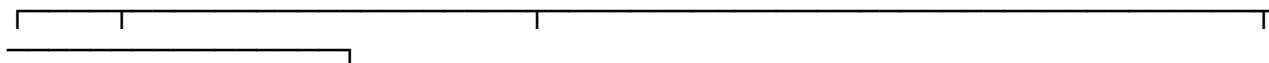
| | mainii - mana | b) dinamica | 12 luni |



6.2.1. Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani se poate acorda o alta orteza inainte de termenul de inlocuire prevazut in col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la ultima ortezare.

6.2.2. Pentru un asigurat se pot acorda doua dispozitive medicale de acelasi tip (stanga-dreapta); termenul de inlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele doua (stanga-dreapta) este cel prevazut in col. C4.

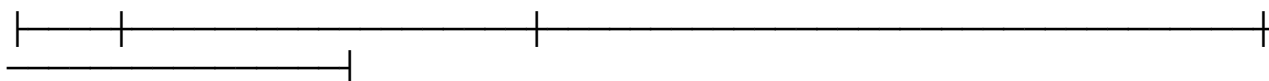
6.3. Pentru membrul inferior



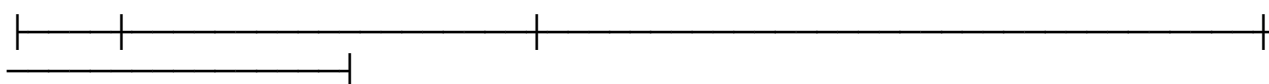
| Nr. | Denumirea | Tipul | Termenul de |

| crt. | dispozitivului | | inlocuire |

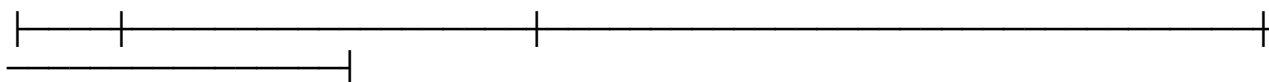
| | medical | | |



| C1 | C2 | C3 | C4 |

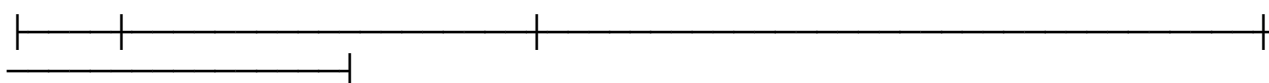


| 1. | Orteze de picior | | 12 luni |



| 2. | Orteze pentru | fixa/mobila | 12 luni |

| | glezna - picior | | |



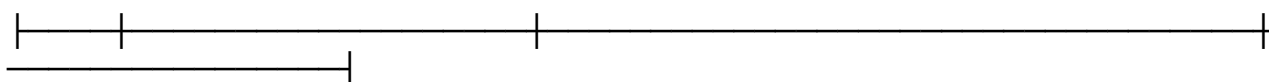
| 3. | Orteze de genunchi | a) fixa | 12 luni |

| | | | |

| | | b) mobila | 12 luni |

| | | | |

| | | c) Balant | 2 ani |

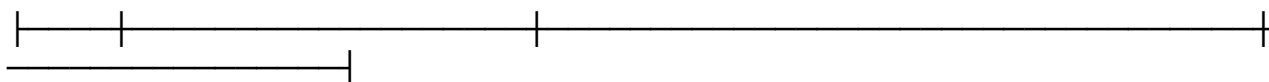


| 4. | Orteze de genunchi | | 12 luni |

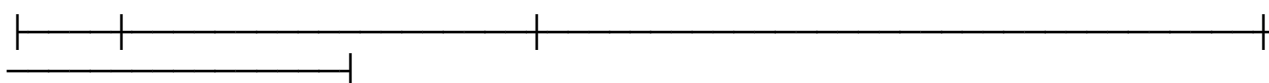
| | - | glezna | - | picior

| | | pentru scurtarea membrului | 2 ani |

| | | pelvin | |

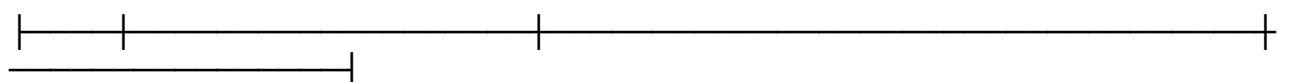


| 5. | Orteze de sold | | 12 luni |

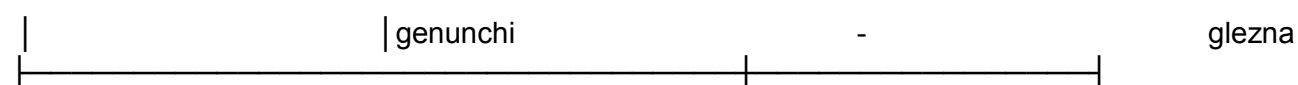


| 6. | Orteze sold - | | 12 luni |

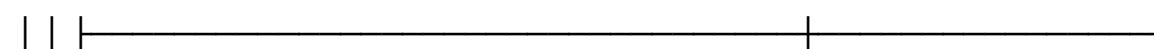
| | genunchi | | |



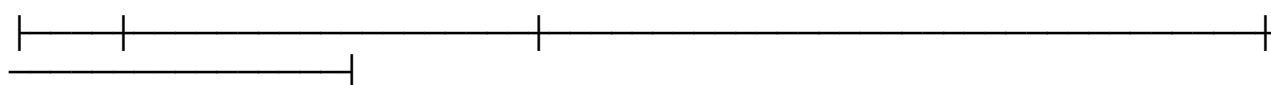
| 7. | Orteze de sold - | | 12 luni |



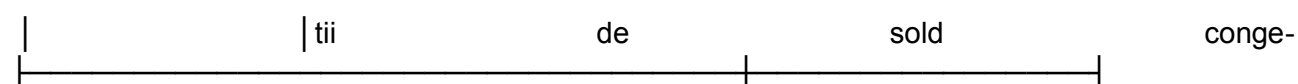
| | - picior | a) coxalgiera (aparatur) | 2 ani |



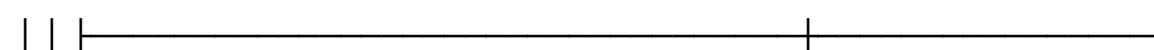
| | | b) Hessing (aparatur) | 2 ani |



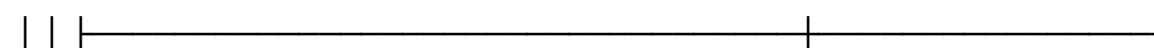
| 8. | Orteze pentru luxa- | a) ham Pavlik | * |



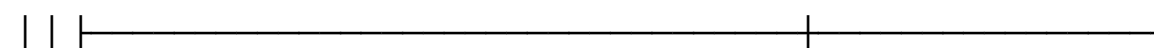
| | nitale la copii | b) de abductie | * |



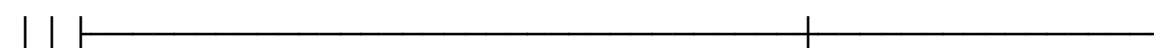
| | | c) Dr. Fettwies | * |



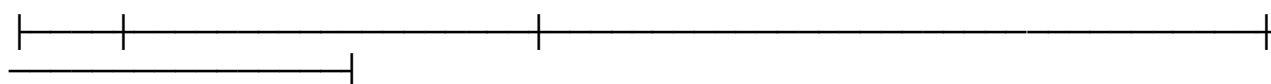
| | | d) Dr. Behrens | * |



| | | e) Becker | * |

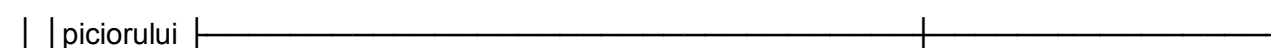


| | | f) Dr. Bernau | * |



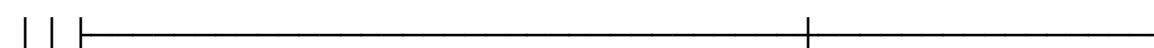
| 9. | Orteze corectoare | a) sustinatori plantari cu nr. | 6 luni |

| | de statica a | pana la 23 inclusiv | |



| | | b) sustinatori plantari cu nr. mai | 6 luni |

| | mare de 23,5 | |



A horizontal number line with tick marks at 0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, and 100. A bracket is drawn below the line from 0 to 20. Another bracket is drawn below the line from 20 to 100.

6.3.2. Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani se poate acorda o alta orteza inainte de termenul de inlocuire prevazut in col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la ultima ortezare.

6.3.4. Pentru un asigurat se pot acorda doua dispozitive medicale de acelasi tip (stanga-dreapta), cu exceptia celor prevazute la pct. 6.3.1; termenul de inlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele doua (stanga-dreapta) este cel prevazut in col. C4.

Timeline diagram showing the progression of the study from 2016 to 2020. The timeline includes key events: 2016 (Study design and protocol development), 2017 (Recruitment and baseline data collection), 2018 (Intervention and follow-up data collection), 2019 (Data analysis and reporting), and 2020 (Publication of results).

| | medical | | |

A number line is shown with tick marks at intervals of 10, labeled from 0 to 100. A bracket is drawn below the line, starting at 0 and ending at 20. The number 20 is written below the bracket.

C1	C2	C3	C4
----	----	----	----

A number line from 0 to 100 with tick marks every 10 units. A bracket is drawn from 0 to 20, and the number 20 is written below the line.

| | 23 inclusiv | |

[illegible]

			de 23,5		
--	--	--	---------	--	--

[illegible]

		c) cu arc cu numere pana la 23	6 luni
--	--	--------------------------------	--------

| | | inclusiv | |

| | |-----|-----|

| | | d) cu arc cu numere mai mari de | 6 luni |

| | | 23,5 | |

| | |-----|-----|

| | | e) amputatii de metatars si falan- | 6 luni |

| | | ge cu numere pana la 23 inclusiv | |

| | |-----|-----|

| | | f) amputatii de metatars si falan- | 6 luni |

| | | ge cu numere mai mari de 23,5 | |

| | |-----|-----|

| | | g) scurtari pana la 10 cm, cu | 6 luni |

| | | numere pana la 23 inclusiv | |

| | |-----|-----|

| | | h) scurtari pana la 10 cm, cu | 6 luni |

| | | numere mai mari de 23,5 | |

| | |-----|-----|

| | | i) scurtari peste 10 cm, cu numere | 6 luni |

| | | pana la 23 inclusiv | |

| | |-----|-----|

| | | j) scurtari peste 10 cm, cu numere | 6 luni |

| | | mai mari de 23,5 | |

|-----|-----|-----|
|-----|

| 2. | Pantofi | a) diformitati cu numere pana la | 6 luni |

| | | 23 inclusiv | |

| | |-----|-----|

| | | b) diformitati cu numere mai mari | 6 luni |

| | | de 23,5 | |

	c) amputatii de metatars si falan-	6 luni	
	ge cu numere pana la 23 inclusiv		
	d) amputatii de metatars si falan-	6 luni	
	ge cu numere mai mari de 23,5		
	e) scurtari pana la 8 cm, cu	6 luni	
	numere pana la 23 inclusiv		
	f) scurtari pana la 8 cm, cu	6 luni	
	numere mai mari de 23,5		
	g) scurtari peste 8 cm, cu numere	6 luni	
	pana la 23 inclusiv		
	h) scurtari peste 8 cm, cu numere	6 luni	
	mai mari de 23,5		

7.1. Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani se poate acorda o alta pereche de incaltaminte inainte de termenul de inlocuire prevazut in col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la acordarea ultimei perechi.

7.2. Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.

7.3. Numerele utilizate sunt exprimate in sistemul metric.

8. Dispozitive pentru deficiente vizuale

Nr.	Denumirea	Tipul	Termenul de
crt.	dispozitivului		inlocuire

| | medical | | |

| | | | |

| C1 | C2 | C3 | C4 |

| | | | |

| 1. | Lentile intra- | a) pentru camera anterioara | |

| | oculare*) | | |

| | | b) pentru camera posterioara | |

| | | | |

Nota

*) Se poate acorda o lentila intraoculara pentru celalalt ochi dupa cel putin 6 luni.

9. Echipamente pentru oxigenoterapie si ventilatie noninvaziva*)

| | | | |

| Nr. | Denumirea | Tipul | Termenul de |

| crt. | dispozitivului | | inlocuire |

| | medical*) | | |

| | | | |

| C1 | C2 | C3 | C4 |

| | | | |

| 1. | Aparat pentru admi- | concentrator de oxigen | |

| | nistrarea continua | | |

| | cu oxigen | | |

--	--	--	--

2.	Aparat de ventila-	apar	de ventilatie	
	tie noninvaziva			

--	--	--	--

Nota

*) Aparatele se acorda numai prin inchiriere, in conditiile prevazute in norme.

10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli

--	--	--	--

Nr.	Denumirea	Tipul	Termenul de
crt.	dispozitivului		inlocuire
	medical		

--	--	--	--

C1	C2	C3	C4
----	----	----	----

--	--	--	--

1.	Inhalator salin		2 luni
	particule uscate de		
	sare cu flux		
	automat de aer sau		
	oxigen*)		

--	--	--	--

2.	Nebulizator**)	nebulizator cu compresor*)	5 luni
----	----------------	----------------------------	--------

--	--	--	--

Nota

--

*) Se acorda copiilor cu varsta pana la 5 ani cu bronsita astmatiforma/bronsiolita, in conditiile prevazute in norme.

**) Se acorda copiilor cu mucoviscidoza cu varsta pana la 18 ani, in conditiile prevazute in norme.

--

11. Dispozitive de mers

--	--	--	--

Nr.	Denumirea	Tipul	Termenul de
crt.	dispozitivului		inlocuire
	medical		

--	--	--	--

C1	C2	C3	C4

--	--	--	--

1.	Baston		3 ani
----	--------	--	-------

--	--	--	--

2.	Baston	cu 3/4 picioare	3 ani
----	--------	-----------------	-------

--	--	--	--

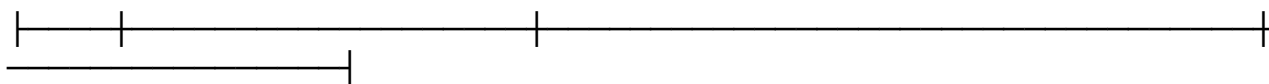
3.	Carja	a) cu sprijin subaxilar din lemn	un an
----	-------	----------------------------------	-------

--	--	--	--

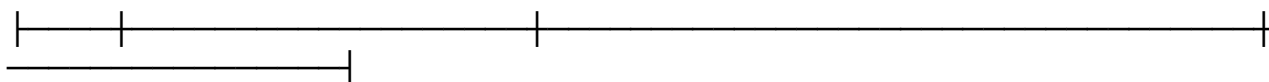
	b) cu sprijin subaxilar metalica	3 ani	
--	----------------------------------	-------	--

--	--	--	--

| | | c) cu sprijin pe antebraț metalică | 3 ani |



| 4. | Cadru de mers | | 3 ani |



| 5. | Fotoliu rulant | Perioada nedeterminată | |

| | | a) cu antrenare manuală/electrică | 5 ani |

| | | b) triciclu pentru copii | 3 ani |

| | | Perioada determinată*) | |

| | | a) cu antrenare manuală | |

| | | b) triciclu pentru copii | |

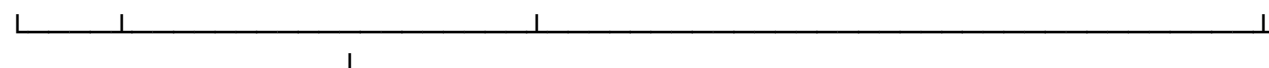
| | | Perioada determinată*) | |

| | | a) cu antrenare manuală | |

| | | b) triciclu pentru copii | |

| | | Perioada determinată*) | |

| | | Perioada determinată*) | |

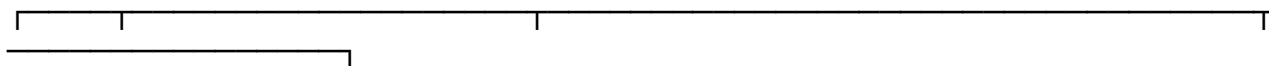


Nota

*) Se acordă prin închiriere.

Pentru un asigurat se pot acorda doua dispozitive medicale de acelasi tip (stanga-dreapta) din cele prevazute la pct. 1, 2 si 3; termenul de inlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele doua (stanga-dreapta) este cel prevazut in col. C4.

12. Proteza externa de san



| Nr. | Denumirea | Tipul | Termenul de |

| | medical | | |

C1	C2	C3	C4
----	----	----	----

A number line with tick marks at 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, and 10. A bracket is drawn below the line from 0 to 2, labeled '2'.

1	Proteza externa de	3 ani
---	--------------------	-------

| | san si accesorii | | |

| | (suten) | | |

A horizontal number line is shown with tick marks at every integer from 0 to 10. The segment between the tick marks for 4 and 5 is shaded gray.

Capitolul III

A. ASISTENTA MEDICALA PRIMARA

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii pot beneficia, dupa caz, de serviciile medicale prevazute la cap. I lit. A pct. 1 subpct. 1.1 si 1.2 sau de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. A, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

B. ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE CLINICE

1. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana. Pachetul de servicii este cel prevazut la cap. II lit. B.

2. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate nu solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu. Pachetul de servicii este cel prevazut la cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 si 1.2 si la cap. II lit. B pct. 1 subpct. 1.2.

3. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei, pachetul de servicii este cel prevazut la cap. II lit. B sau, dupa caz, de serviciile medicale prevazute la cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 si 1.2, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale. Serviciile medicale prevazute la cap. II lit. B se acorda numai pe baza biletului de trimitere, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.

C. ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA DE RECUPERARE, MEDICINA FIZICA SI BALNEOLOGIE

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinica recuperare, medicina fizica si balneologie de consultatiile prevazute la cap. II lit. C pct. 1 subpct. 1.1, devenite necesare pe timpul sederii temporare in Romania si acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, beneficiaza, in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinica recuperare, medicina fizica si balneologie de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. C. Furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/ Confederatia Elvetiana.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru

specialitatea clinica recuperare, medicina fizica si balneologie de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. C, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

Serviciile medicale prevazute la cap. II lit. C se acorda numai pe baza biletului de trimitere, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.

D. ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA MEDICINA DENTARA

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate de medicina dentara de serviciile medicale de medicina dentara prevazute la cap. I lit. E, devenite necesare pe timpul sederii temporare in Romania.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate de medicina dentara de serviciile medicale de medicina dentara prevazute la cap. II lit. D, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii pot beneficia, dupa caz, de serviciile medicale de medicina dentara prevazute la cap. II lit. D sau de serviciile medicale de medicina dentara prevazute la cap. I lit. E, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

E. ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE PARACLINICE

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. E, pe baza biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din specialitatile clinice pentru situatiile care se incadreaza la cap. II lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, respectiv la cap. II lit. B pct. 1, subpct. 1.2.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. E. Furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/ Confederatia Elvetiana.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. E, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale. Serviciile medicale prevazute la cap. II lit. E se acorda

numai pe baza biletului de trimitere si in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.

F. ASISTENTA MEDICALA SPITALICEASCA

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza de serviciile prevazute la cap. I lit. C, precum si de serviciile medicale de chimioterapie acordate in regim de spitalizare de zi prevazute in norme. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicesti nu solicita bilet de internare.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, beneficiaza in asistenta medicala spitaliceasca de serviciile prevazute la cap. II lit. F. Furnizorii de servicii medicale spitalicesti acorda serviciile medicale prevazute la cap. II lit. F pe baza biletului de internare in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii pot beneficia, dupa caz, de serviciile medicale prevazute la cap. I lit. C sau de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. F, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

Serviciile medicale prevazute la cap. II lit. F se acorda pe baza biletului de internare in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.

G. CONSULTATII DE URGENTA LA DOMICILIU SI ACTIVITATI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului beneficiaza de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. G pct. 1 si 2, subpct. 2.1 si 2.2.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, beneficiaza de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. G.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii pot beneficia, dupa caz, de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. G pct. 1 si 2 subpct. 2.1 si 2.2 sau cap. II lit. G, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

H. INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU SI INGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, beneficiaza de pachetul de servicii medicale de baza pentru ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu prevazut la cap. II lit. H.

2. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii beneficiaza de pachetul de servicii medicale de baza pentru ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu, prevazut la cap. II lit. H, in conditiile stabilite de respectivele documente internationale.

I. ASISTENTA MEDICALA DE RECUPERARE MEDICALA IN SANATORII SI PREVENTORII

1. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, furnizorii de servicii medicale de recuperare medicala acorda serviciile medicale prevazute la cap. II lit. I numai pe baza biletului de trimitere, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana.

2. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei, se acorda serviciile medicale prevazute la cap. II lit. I, numai pe baza biletului de trimitere, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

J. MEDICAMENTE CU SI FARA CONTRIBUTIE PERSONALA IN TRATAMENTUL AMBULATORIU

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza de medicamentele prevazute la cap. II lit. J.

2. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, se acorda medicamente in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, respectiv medicamentele prevazute la cap. II lit. J.

3. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii se acorda medicamente in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, respectiv medicamentele prevazute la cap. II lit. J, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

K. DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERARII UNOR DEFICIENTE ORGANICE SAU FUNCTIONALE IN AMBULATORIU

1. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, se acorda dispozitive medicale in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, respectiv dispozitivele prevazute la cap. II lit. K.

2. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii se acorda dispozitive medicale in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, respectiv dispozitive medicale prevazute la cap. II lit. K, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

CONTRACTUL-CADRU din 16 martie 2016 (*actualizat*)

care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2016-2017*)

(actualizat pana la data de 1 martie 2017*)

EMITENT

GUVERNUL

Nota

*) Aprobat de Hotararea Guvernului nr. 161/2016 , publicata in Monitorul Oficial nr. 215 din 23 martie 2016.

Capitolul I

Asistenta medicala primara

Sectiunea 1 Conditii de eligibilitate

Articolul 1

(1) In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

a) sa fie autorizati conform prevederilor legale in vigoare;

b) sa fie evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare;

c) sa depuna, in vederea incheierii contractului, toate documentele necesare in termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistenta medicala primara se asigura de catre medicii care au dreptul sa desfasoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile ulterioare, in cabinete medicale organizate conform prevederilor legale in vigoare,

inclusiv cabinete medicale care functioneaza in structura sau in coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie, ca furnizori de servicii medicale in asistenta medicala primara, autorizati si evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare.

(3) Necesarul de medici de familie cu liste proprii, atat pentru mediul urban, cat si pentru mediul rural, precum si numarul minim de persoane asigurate inscrise pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se incheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistenta medicala primara, cu exceptia situatiei furnizorilor care functioneaza in structura sau in coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie, se stabilesc pe unitati administrativ-teritoriale/zone urbane de catre o comisie formata din reprezentanti ai caselor de asigurari de sanatate, directiilor de sanatate publica, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai patronatului judetean al medicilor de familie si ai asociatiei profesionale judetene a medicilor de familie, pe baza unor criterii care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Criteriile aprobate in conditiile legii se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica. La lucrarile comisiei poate participa, cu rol consultativ, si un reprezentant al administratiei publice locale, dupa caz.

(4) Comisia pentru stabilirea necesarului de medici cu liste proprii si a numarului minim de persoane asigurate inscrise pe lista medicului de familie, prevazuta la alin. (3), se constituie prin act administrativ al presedintelui-director general al casei de asigurari de sanatate, ca urmare a desemnarii reprezentantilor institutiilor mentionate la alin. (3) de catre conducatorii acestora, si functioneaza in baza unui regulament-cadru de organizare si functionare unitar la nivel national, aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Regulamentul-cadru aprobat in conditiile legii se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica.

(5) In localitatile urbane numarul minim de persoane asigurate inscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se incheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 800, cu exceptia zonelor neacoperite din punctul de vedere al numarului necesar de medici de familie, zone stabilite de comisia prevazuta la alin. (3). Pentru aceste zone din mediul urban comisia prevazuta la alin. (3) stabileste si numarul minim de persoane inscrise pe listele medicilor de familie pentru care se incheie contract de furnizare de servicii medicale.

(6) Pentru medicii de familie al caror numar de persoane asigurate inscrise pe listele proprii se mentine timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numarul minim de persoane asigurate inscrise pe lista proprie, stabilit pentru unitatea administrativ-teritoriala/zona respectiva de catre comisia constituita potrivit alin. (3), in situatia cabinetelor medicale individuale, contractul poate inceta, in conditiile legii, prin denuntare unilaterala de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate. Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, medicii de familie respectivi pot fi exclusi din contract prin modificarea acestuia. Persoanele asigurate inscrise pe listele acestora pot opta pentru alti medici de familie aflati in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate.

(7) Numarul minim de persoane asigurate inscrise pe listele medicilor de familie care isi desfasoara activitatea in cabinete medicale care functioneaza in structura sau in coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie se stabileste prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizarii asistentei medicale.

(8) Pentru asigurarea calitatii asistentei medicale, numarul maxim de persoane inscrise pe lista medicului de familie este de 2.200. Conditile acordarii si decontarii serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

(9) Numarul optim de persoane inscrise pe lista medicului de familie, din punctul de vedere al asigurarii unor servicii de calitate la nivelul asistentei medicale primare, care se ia in calcul pentru stabilirea necesarului de medici de familie pe unitate administrativ-teritoriala/zona urbana, este de 1.800.

(10) Cabinetele medicale aflate in contract cu casele de asigurari de sanatate vor functiona cu minimum un asistent medical/sora medicala/moasa, indiferent de numarul de asigurati inscrisi pe lista.

Sectiunea a 2-a Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 2

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorul de servicii medicale si casa de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal pe baza urmatoarelor documente:

a) dovada de evaluare a furnizorului, precum si a punctului de lucru secundar, dupa caz, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca, potrivit legii;

c) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cartii de identitate, dupa caz;

d) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabila la data incheierii contractului; furnizorul are obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului;

f) dovada platii la zi a contributiei la Fond pentru asigurari sociale de sanatate, precum si a contributiei pentru concedii si indemnizatii, pentru cei care au aceasta obligatie legala, efectuata conform prevederilor legale in vigoare si care trebuie prezentata casei de asigurari de sanatate pana cel tarziu in ultima zi a perioadei de contractare comunicata de casa de asigurari de sanatate;

g) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

h) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania pentru fiecare medic, valabil la data incheierii contractului si pe toata perioada derularii contractului;

i) certificatul de membru al Ordinului Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor si Asistentilor Medicali din Romania (OAMGMAMR) pentru asistentul medical/sora medicala/moasa valabil la data incheierii contractului si pe toata perioada derularii contractului;

- j) copie a documentului care atesta gradul profesional pentru medici;
 - k) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor;
 - l) programul de activitate al cabinetului si al punctului de lucru/punctului secundar de lucru;
 - m) programul de activitate al medicilor si al personalului medico-sanitar;
 - n) lista, in format electronic, cu persoanele inscise pentru medicii nou-veniti si pentru medicii care au fost in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate in anul precedent; furnizorul prezinta lista cuprinzand persoanele inscise la medicul de familie titular, in cazul cabinetelor medicale individuale, si listele cuprinzand persoanele inscise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal incheie contract de furnizare de servicii medicale, in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale;
 - o) declaratie pe propria raspundere privind corectitudinea listei persoanelor inscise la momentul incetarii termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformitatii si valabilitatii acesteia; modelul unic de declaratie este prevazut in norme;
 - p) lista in format electronic a bolnavilor cu afectiuni cronice pentru care se face management de caz si pentru care se organizeaza evidenta distincta la nivelul medicului de familie conform normelor.
- (2) Documentele necesare incheierii contractelor, depuse in copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" si prin semnatura reprezentantului legal, pe fiecare pagina; aceste documente se transmit si in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.
- (3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi depuse/transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata.

Sectiunea a 3-a Obligatiile si drepturile furnizorilor de servicii medicale

Articolul 3

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;
- b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical si ale asiguratului referitoare la respectarea indicatiilor medicale si consecintele nerespectarii acestora;
- c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor

prezentului contract-cadru si ale normelor de aplicare a acestuia, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, raportarea se face numai in format electronic;

f) sa asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurari sociale de sanatate, si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, de la data la care acestea se implementeaza; biletul de trimitere in vederea internarii se elibereaza pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate si tratate in ambulatoriu; pentru urgentele medico-chirurgicale si pentru bolile cu potential endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesara internarea de urgenta, medicul de familie elibereaza o scrisoare medicala in acest sens;

g) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

h) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

i) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

k) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

l) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate si sa il elibereze, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa asigure utilizarea formularului electronic de prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope de la data de la care acesta se implementeaza; sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii, corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

m) sa asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe tara, si sa recomande investigatiile paraclinice in concordanta cu diagnosticul, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, de la data la care acestea se implementeaza;

n) sa asigure acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicala, ori de cate ori se solicita in timpul programului de lucru, in limita competentei si a dotarilor existente;

o) sa asigure acordarea serviciilor medicale asiguratilor fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;

q) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web, precum si pachetul de servicii minimal si de baza cu tarifele corespunzatoare calculate la valoarea minima garantata pentru serviciile medicale decontate prin tarif pe serviciu medical decontate de casa de asigurari de sanatate; informatiile privind pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare serviciilor medicale sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

Lit. q) a art. 3 din anexa 2 a fost modificata de pct. 2 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

r) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in hotarare si in norme;

s) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008 , cu modificarile si completarile ulterioare;

s) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;

Lit. s) a art. 3 din anexa 2 a fost modificata de pct. 2 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

t) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

t) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

u) sa asigure acordarea serviciilor medicale prevazute in pachetele de servicii medicale;

v) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatiile paraclinice si prescriptia medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond; sa completeze formularele electronice mentionate anterior, de la data la care acestea se implementeaza;

w) sa recomande asiguratilor tratamentul, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

x) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

y) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

z) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens;

aa) sa acorde servicii prevazute in pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza, in limita competentei profesionale, comunicand caselor de asigurari de sanatate datele de identificare a persoanelor carora li s-au acordat serviciile medicale;

ab) sa actualizeze lista proprie cuprinzand persoanele inscrise ori de cate ori apar modificari in cuprinsul acesteia, in functie de miscarea lunara, comunicand aceste modificari caselor de asigurari de sanatate, precum si sa actualizeze lista proprie in functie de comunicarile transmise de casele de asigurari de sanatate;

ac) sa inscrie din oficiu copiii care nu au fost inscrisi pe lista unui medic de familie, odata cu prima consultatie a copilului bolnav in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestuia. Nou-nascutul va fi inscris pe lista medicului de familie care a ingrijit gravida, imediat dupa nasterea copilului, daca parintii nu au alta optiune exprimata in scris; inscrierea nou-nascutului va fi

efectuata in aplicatia informatica a medicului si va fi transmisa in sistemul informatic unic integrat odata cu inscrierea pe lista proprie in cazul medicilor care utilizeaza semnatura electronica;

ad) sa inscrie pe lista proprie gravidele si lehuzele neinscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultatie in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestora, daca nu exista o alta optiune;

ae) sa nu refuze inscrierea pe lista a copiilor, la solicitarea parintilor sau a apartinatorilor legali, si nici inscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 ;

af) sa respecte dreptul asiguratului de a-si schimba medicul de familie dupa expirarea a cel putin 6 luni de la data inscrierii pe lista acestuia; in situatia in care nu se respecta aceasta obligatie, la sesizarea asiguratului, casa de asigurari de sanatate cu care furnizorul a incheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul doreste sa plece, prin eliminarea asiguratului de pe lista. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cardului national de asigurari sociale de sanatate si a cererii de inscriere prin transfer, conform modelului si conditiilor prevazute in norme. Pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de constiinta refuza cardul national sau pentru persoanele carora li se va emite card national duplicat, precum si pentru copiii de 0-18 ani, schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de inscriere prin transfer.

Asiguratul isi poate schimba medicul de familie inaintea expirarii termenului de 6 luni, in urmatoarele situatii: decesul medicului pe lista caruia se afla inscris, medicul de familie nu se mai afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate sau contractul este suspendat, in situatia in care a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista caruia se afla inscris, in situatia in care asiguratul isi schimba domiciliul dintr-o localitate in alta. Asiguratul isi poate schimba medicul de familie inaintea expirarii termenului de 6 luni si in situatia in care asiguratul se afla in arest preventiv sau executa o pedeapsa privativa de libertate, la incetarea arestului preventiv al asiguratului si/sau inlocuirea acestuia cu arest la domiciliu sau control judiciar, la incetarea pedepsei privative de libertate a asiguratului, precum si in situatia arestului la domiciliu ori in perioada de amanare sau de intrerupere a executarii unei pedepse privative de libertate. Pe durata executarii pedepsei privative de libertate sau a arestului preventiv serviciile medicale sunt asigurate de medicii de familie/medicina generala ce isi desfasoara activitatea in cabinetele medicale ale unitatilor penitenciare sau ale aresturilor in custodia carora se afla asiguratul, acesta fiind inscris, in aceasta perioada, pe lista respectivului medic;

Lit. af) a art. 3 din anexa 2 a fost modificata de pct. 2 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

ag) sa prescrie medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, unele materiale sanitare, precum si investigatii paraclinice numai ca o consecinta a actului medical propriu. Exceptie fac situatiile in care pacientul urmeaza o schema de tratament stabilita pentru o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice, initiata de catre medicul de specialitate care isi desfasoara activitatea in baza unei relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, prin prescrierea primei retete pentru medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, pentru unele materiale sanitare, precum si situatiile in care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum si medicul de medicina muncii sunt obligati sa comunice recomandarile formulate, folosind

exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicala, iar la externarea din spital recomandarile vor fi comunicate utilizandu-se formularul tipizat de scrisoare medicala sau biletul de iesire din spital, cu obligatia ca acesta sa contina explicit toate elementele prevazute in scrisoarea medicala. In situatia in care in scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital nu exista mentiunea privind eliberarea prescriptiei medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevazute in scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicala care nu respecta modelul prevazut in norme si/sau este eliberata de medici care nu desfasoara activitate in relatie contractuala/conventie cu casa de asigurari de sanatate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicala este stabilit prin norme. Pentru persoanele care se incadreaza in Programul pentru compensarea in procent de 90% a pretului de referinta al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de pana la 700 lei/luna, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de catre alti medici aflatii in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate numai daca acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al carei model este prevazut in norme.

In situatia in care un asigurat, cu o boala cronica confirmata in scris pe lista proprie de asigurati a unui medic de familie, este internat in regim de spitalizare continua intr-o sectie de acuti/sectie de cronici in cadrul unei unitati sanitare cu paturi aflate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, medicul de familie poate elibera prescriptie medicala pentru medicamentele si materialele sanitare din programele nationale de sanatate, precum si pentru medicamentele aferente afectiunilor cronice, altele decat cele cuprinse in lista cu dci-urile pe care o depune spitalul la contractare, in conditiile prezentarii unui document eliberat de spital, ca asiguratul este internat, al carui model este stabilit prin norme, si cu respectarea conditiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

Paragraful final al lit. ag) a art. 3 din anexa 2 a fost modificat de pct. 3 al art. II din HOTARAREA nr. 18 din 12 ianuarie 2017 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 46 din 17 ianuarie 2017.

ah) sa recomande dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara, cu exceptia cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de iesire din spital comunicat de catre medicul de specialitate care isi desfasoara activitatea in baza unei relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, in conditiile prevazute in norme;

ai) sa intocmeasca bilet de trimitere catre societati de turism balnear si de recuperare si sa consemneze in acest bilet sau sa ataseze, in copie, rezultatele investigatiilor efectuate in regim ambulatoriu, precum si data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; in situatia atasarii la biletul de trimitere a rezultatelor investigatiilor, medicul va mentiona pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigatiilor si va informa asiguratul asupra obligativitatii de a le prezenta medicului caruia urmeaza sa i se adreseze;

aj) sa organizeze la nivelul cabinetului evidenta bolnavilor cu afectiuni cronice pentru care se face management de caz, conform normelor, si sa raporteze in format electronic aceasta evidenta casei de asigurari de sanatate, atat la contractare - lista, cat si modificarile ulterioare privind miscarea lunara a bolnavilor cronici. Conditiiile desfasurarii acestei activitati se stabilesc prin norme;

ak) in cazul incetarii/rezilierii contractului/conventiei, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul/conventia incheiat/incheiata cu casa de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara sunt obligati sa anunte casele de asigurari de sanatate

referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale in vigoare, catre medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost inscrise pe listele medicului/medicilor care nu se mai afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

al) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, daca este cazul;

am) sa recomande servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor legale in vigoare;

an) sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ao) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, republicata. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul prescriptor in conditiile prevazute in norme;

ap) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

aq) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data.

Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

Lit. aq) a art. 3 din anexa 2 a fost modificata de pct. 2 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

ar) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza si pachetul minimal furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica a

asigurarilor de sanatate in conditiile lit. aq), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

Lit. ar) a art. 3 din anexa 2 a fost modificata de pct. 2 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

Articolul 4

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele drepturi:

- a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;
- b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;
- c) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate din Fond, conform prevederilor legale in vigoare;
- d) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauze suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;
- e) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii.

Sectiunea a 4-a Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Articolul 5

In relatiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizati si evaluati si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;
- b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, raportarea in vederea decontarii se face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

d) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 186 alin. (1) furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa acorde furnizorilor de servicii medicale sume care sa tina seama si de conditiile de desfasurare a activitatii in zone izolate, in conditii grele si foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale in vigoare;

f) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

g) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum si contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu si fara contributie personala, materiale sanitare, dispozitive medicale si ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative, acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza biletelor de trimitere/ recomandarii medicale si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acestia, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescriptiilor medicale si recomandarii. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizarilor trimestriale, motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) sa actualizeze in format electronic - SIUI, la inceputul contractului anual, lista persoanelor asigurate inscrise pe lista, iar lunar, in vederea actualizarii listelor proprii, sa actualizeze in format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai indeplinesc conditiile de asigurat si persoanele nou-asigurate intrate pe lista, in conditiile legii;

k) sa faca publica valoarea definitiva a punctului per capita si pe serviciu, rezultata in urma regularizarii trimestriale, valorile fondurilor aprobate in trimestrul respectiv pentru plata punctelor

per capita si per serviciu, prin afisare atat la sediul caselor de asigurari de sanatate, cat si pe pagina electronica a acestora, incepand cu ziua urmatoare transmiterii acesteia de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, precum si numarul total la nivel national de puncte realizate trimestrial, atat per capita, cat si pe serviciu, afisat pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

l) sa tina evidenta distincta a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au incheiate contracte de furnizare de servicii medicale, in functie de casele de asigurari de sanatate la care acestia se afla in evidenta;

m) sa contracteze, respectiv sa deconteze din fondul alocat asistentei medicale paraclinice, contravaloarea investigatiilor medicale paraclinice numai daca medicii de familie au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora si au competenta legala necesara, dupa caz;

n) sa monitorizeze perioadele de absenta a medicilor de familie pentru care inlocuirea se asigura pe baza de reciprocitate pentru perioada cumulata de maximum 60 de zile calendaristice pe an;

o) sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala numele si codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

p) sa aduca la cunostinta persoanelor inscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii in aplicare a reglementarilor prevazute la art. 188 alin. (1)-(3) posibilitatea de a opta pentru inscrierea pe listele altor medici de familie si sa puna la dispozitia acestora lista medicilor de familie aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, precum si a cabinetelor medicale in care acestia isi desfasoara activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

Sețiunea a 5-a Condiții specifice

Articolul 6

(1) Furnizorul, prin reprezentantul sau legal, indiferent de forma sa de organizare, incheie pentru medicii de familie pe care ii reprezinta contract cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul cabinetul medical sau cu o casa de asigurari de sanatate limitrofa ori cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, dupa caz.

(2) Un medic de familie figureaza intr-un singur contract al unui furnizor de servicii medicale din asistenta medicala primara si se poate regasi in contract cu o singura casa de asigurari de sanatate.

(3) In cadrul relatiei contractuale cu o casa de asigurari de sanatate, potrivit alin. (2), furnizorul de servicii medicale in asistenta medicala primara incheie un singur contract.

(4) Furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara, care au autorizatie necesara efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografie generala - abdomen si pelvis eliberata de Ministerul Sanatatii si Colegiul Medicilor din Romania, pot contracta cu casa de asigurari de sanatate servicii medicale paraclinice - ecografii generale - abdomen si pelvis - din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, incheind in acest sens un act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara, in conditiile stabilite prin norme.

(5) Furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara pot contracta cu casa de asigurari de sanatate servicii medicale paraclinice - efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate - din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, incheind in acest sens un act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara, in conditiile stabilite prin norme. In situatia in care nu este respectata conditia de efectuare a EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate, contravaloarea serviciilor decontate se recupereaza de catre casele de asigurari de sanatate.

Articolul 7

Furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara acorda servicii medicale in cadrul programului de lucru stabilit de catre acestia, cu respectarea prevederilor legale in vigoare.

Articolul 8

Programul de activitate saptamanal al cabinetului medical individual, precum si al fiecarui medic de familie cu lista proprie care isi desfasoara activitatea in alte forme de organizare a cabinetelor medicale, organizat in functie de conditiile specifice din zona, trebuie sa asigure minimum 35 de ore pe saptamana, repartizarea acestuia pe zile si ore fiind stabilita in functie de conditiile specifice din zona de catre reprezentantul legal al cabinetului.

Articolul 9

Pentru perioadele de absenta a medicilor de familie se organizeaza preluarea activitatii medicale de catre un alt medic de familie. Conditii de inlocuire se stabilesc prin norme.

Articolul 10

(1) Medicul de familie nou-venit intr-o localitate incheie conventie de furnizare de servicii medicale, similara contractului de furnizare de servicii medicale, incheiata intre reprezentantul legal al cabinetului medical si casa de asigurari de sanatate, pentru o perioada de maximum 3 luni, perioada considerata necesara pentru intocmirea listei.

(2) Daca la sfarsitul celor 3 luni medicul de familie nou-venit nu a in scris numarul minim de persoane asigurate inscrise pe lista stabilit potrivit art. 1 alin. (3) si (5), casa de asigurari de sanatate incheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care si-a constituit-o pana la data incheierii contractului, cu obligatia din partea medicului de familie nou-venit ca in termen de maximum 3 luni de la data incheierii contractului sa inscrie numarul minim de persoane asigurate inscrise, stabilit potrivit art. 1 alin. (3) si (5). In caz contrar, contractul incheiat intre medicul de familie nou-venit si casa de asigurari de sanatate poate inceta la expirarea celor 3 luni, conform deciziei comisiei prevazuta la art. 1 alin. (3).

Articolul 11

(1) Medicul de familie care preia un praxis de medicina de familie existent, in conditiile legii, preia drepturile si obligatiile contractuale in aceleasi conditii ca si detinatorul anterior de praxis, la data preluarii acestuia.

(2) Medicul de familie care preia un praxis de medicina de familie, pentru respectarea dreptului asiguratilor cu privire la alegerea medicului de familie, are obligatia sa anunte asiguratii despre dreptul acestora de a opta sa ramana sau nu pe lista sa, in primele 6 luni de la data incheierii contractului cu casa de asigurari de sanatate. Analiza cazurilor de preluare a unui praxis in ceea ce priveste respectarea obligatiei prevazute mai sus se face de casa de asigurari de sanatate.

(3) Modificarile ce pot interveni in activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a infiintarii unui punct de lucru/punct de lucru secundar in mediul rural rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, in conditiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, numai pentru zonele rurale cu deficit din punctul de vedere al existentei medicilor; stabilirea zonelor/localitatilor deficitare din punctul de vedere al existentei medicilor de familie se face de comisia constituita potrivit art. 1 alin (3).

(4) Preluarea unui praxis in alte conditii decat cele prevazute la alin. (3) poate face obiectul unui contract cu casa de asigurari de sanatate, daca aceasta preluare are ca rezultat infiintarea unui cabinet medical care sa indeplineasca toate conditiile de contractare conform prevederilor legale in vigoare.

Secțiunea a 6-a Decontarea serviciilor medicale

Articolul 12

Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară sunt:

- a) tarif pe persoană asigurată - per capita;
- b) tarif pe serviciu medical.

Articolul 13

(1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:

a) plată prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie, conform structurii pe grupe de vârstă, ajustat în condițiile prevăzute prin norme, numărul de puncte aferent fiecărei grupe de vârstă, ajustat în funcție de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea, și cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aproba prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare persoană asigurată corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii. Serviciile medicale care se asigură prin plată per capita și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de persoane asigurate înscrise pe lista proprie se ajustează, în condițiile prevăzute în norme.

Valoarea definitivă a unui punct per capita este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat;

b) plată prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul de servicii medicale, ajustat în funcție de gradul profesional, și cu valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu. Numărul de puncte aferent serviciului medical, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct per serviciu și nivelul valorii minime garantate pentru un punct per serviciu se stabilesc prin norme. Valoarea definitivă a unui punct per serviciu este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de

Sanatate prin regularizare trimestriala, conform normelor, pana la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru. Aceasta valoare nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata pentru un punct pe serviciu, prevazuta in norme.

(2) Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per capita si a valorii minime garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistentei medicale primare la nivel national are urmatoarea structura:

a) suma corespunzatoare punerii in aplicare a prevederilor art. 183 alin. (3), inclusiv suma reprezentand regularizarea trimestrului IV al anului anterior;

b) sume necesare pentru plata medicilor nou-veniti intr-o localitate care desfasoara activitate in cabinete medicale in conditiile stabilite prin norme;

c) 50% pentru plata per capita si 50% pentru plata pe serviciu, dupa retinerea sumelor prevazute la lit. a) si b).

Alin. (2) al art. 13 a fost modificat de pct. 3 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

(3) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per capita si per serviciu, fondul anual aferent asistentei medicale primare din care se scade suma corespunzatoare lit. a) a alin. (2) se defalca trimestrial.

Alin. (3) al art. 13 a fost modificat de pct. 3 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

(4) Valoarea definitiva a unui punct per capita se stabileste trimestrial pana la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru, ca raport intre fondul aferent pentru trimestrul respectiv pentru plata per capita si numarul de puncte per capita efectiv realizate, si reprezinta valoarea definitiva a unui punct per capita unica pe tara pentru trimestrul respectiv.

(5) Valoarea definitiva a unui punct per serviciu medical se stabileste trimestrial pana la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru, ca raport intre fondul aferent pentru trimestrul respectiv pentru plata pe serviciu prin tarif exprimat in puncte a medicilor de familie si numarul de puncte per serviciu medical efectiv realizate, si reprezinta valoarea definitiva a unui punct pe serviciu medical unica pe tara pentru trimestrul respectiv.

(6) Fondul trimestrial luat in calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per capita/per serviciu medical se determina astfel: din fondul aferent asistentei medicale primare pentru trimestrul respectiv se scade venitul cabinetelor medicale in care isi desfasoara activitatea medicii de familie nou-veniti intr-o localitate, pentru o perioada de maximum 3 luni, perioada pentru care medicul de familie are incheiata o conventie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurari de sanatate, prevazuta la art. 14, si se repartizeaza 50% pentru plata per capita si 50% pentru plata per serviciu.

Articolul 14

Medicul de familie nou-venit intr-o localitate beneficiaza lunar, in baza conventiei de furnizare de servicii medicale, pentru o perioada de maximum 3 luni, de un venit care este format din:

- a) o suma echivalenta cu media dintre salariul maxim si cel minim prevazute in sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obtinut, la care se aplica ajustarile prevazute in norme;
- b) o suma necesara pentru cheltuielile de administrare si functionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele si materialele sanitare pentru trusa de urgenta, egala cu venitul medicului respectiv, stabilita potrivit lit. a), inmultit cu 1,5.

Articolul 15

(1) Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor incheiate intre furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara si casele de asigurari de sanatate, la valoarea minima garantata pentru un punct per capita, respectiv la valoarea minima garantata pentru un punct per serviciu. Regularizarea trimestriala se face la valoarea definitiva pentru un punct per capita si per serviciu, pana la data de 30 a lunii urmatoare incheierii trimestrului, conform normelor.

(2) Furnizorii vor depune lunar, pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate, documentele necesare decontarii serviciilor medicale furnizate in luna anterioara, potrivit normelor.

Articolul 16

Raportarea eronata a unor servicii medicale se regularizeaza conform normelor, la regularizare avandu-se in vedere si serviciile medicale omise la raportare in perioadele in care au fost realizate sau raportate eronat in plus.

Sectiunea a 7-a Sanctiuni, conditii de reziliere, incetare si suspendare a contractelor de furnizare de servicii medicale

Articolul 17

(1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevazut in contract si nerespectarea prevederilor art. 11 alin. (2), se aplica urmatoarele sanctiuni:

- a) la prima constatare se diminueaza cu 5% valoarea minima garantata a unui punct per capita, respectiv suma stabilita potrivit art. 14 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate;
- b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a unui punct per capita, respectiv suma stabilita potrivit art. 14 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate.

(2) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 3 lit. b), c), e)-h), j)-u), w), y), aa)-ae), ah), aj), al) si am), precum si prescrieri de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si ale unor materiale sanitare si/sau recomandari de investigatii paraclinice, care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, precum si transcrierea de prescriptii medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala a asiguratului si pentru unele materiale sanitare, precum si de investigatii paraclinice, care sunt consecinte ale unor acte medicale prestate de alti medici, in alte conditii decat cele prevazute la art. 3 lit. ag), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a unui punct per capita, respectiv suma stabilita potrivit art. 14 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii.

Alin. (2) al art. 17 din anexa 2 a fost modificat de pct. 4 al art. II din HOTARAREA nr. 18 din 12 ianuarie 2017 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 46 din 17 ianuarie 2017.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a unui punct per capita, respectiv suma stabilita potrivit art. 14 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei prevazute la art. 3 lit. ap), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% valoarea minima garantata a unui punct per capita, respectiv suma stabilita potrivit art. 14 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a unui punct per capita, respectiv suma stabilita potrivit art. 14 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate.

Alin. (4) al art. 17 a fost modificat de pct. 4 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

(5) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (4), nerespectarea obligatiei de la art. 3 lit. ap) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line.

(6) Retinerea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(8) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(4) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

(9) Pentru cazurile prevazute la alin. (1)-(4), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic de familie.

Articolul 18

Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, conform prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

- a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
- e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;
- f) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;
- g) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
- h) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive, in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor in cazul caruia/carora s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;
- i) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 3 lit. z), af) si art. 6 alin. (2);
- j) odata cu prima constatare, dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 17 alin. (1), (2) si (4) pentru oricare situatie, precum si odata cu prima constatare, dupa aplicarea masurii prevazute la art. 17 alin. (3).

Articolul 19

Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza in urmatoarele situatii:

- a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:
 - a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

- a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;
- a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;
- a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea in conditiile legii;
- a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania;
- b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
- c) acordul de vointa al partilor;
- d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;
- e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 20 lit. a), cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului;
- f) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa privind urmatoarea situatie: in cazul in care numarul persoanelor asigurate inscrise la un medic de familie se mentine timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numarul minim stabilit pe unitate administrativ-teritoriala/zona urbana de catre comisia constituita potrivit art. 1 alin. (3), pentru situatiile in care se justifica aceasta decizie.

Articolul 20

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

- a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 2 alin. (1) lit. a)-c) si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 3 lit. x), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;
- b) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;
- c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;
- d) nerespectarea de catre furnizorii de servicii medicale a obligatiei de plata a contributiei la Fond, constatata de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie.

Capitolul II

Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice

Sectiunea 1 Conditii de eligibilitate

Articolul 21

(1) In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

a) sa fie autorizati conform prevederilor legale in vigoare;

b) sa fie evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare;

c) sa depuna, in vederea incheierii contractului, toate documentele necesare in termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice se asigura de medici de specialitate, impreuna cu alt personal de specialitate medico-sanitar si alte categorii de personal, precum si cu personalul autorizat sau atestat, dupa caz, pentru efectuarea serviciilor de sanatate conexe actului medical, iar pentru acupunctura de catre medicii care au obtinut competenta/atestat de studii complementare de acupunctura, certificati de Ministerul Sanatatii, care lucreaza exclusiv in aceasta activitate si incheie contract cu casele de asigurari de sanatate in baza competentei/atestatului de studii complementare si se acorda, dupa caz, prin:

a) cabinete medicale organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

b) unitatea medico-sanitara cu personalitate juridica infiintata potrivit prevederilor Legii societatilor nr. 31/1990 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

c) unitatea sanitara ambulatorie de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie;

d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura spitalului, inclusiv a spitalului din reseaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti;

e) unitati sanitare fara personalitate juridica din structura spitalului;

f) centre de diagnostic si tratament, centre medicale si centre de sanatate multifunctionale - unitati medicale cu personalitate juridica, autorizate si evaluate potrivit dispozitiilor legale in vigoare.

Articolul 22

(1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate incheie contracte cu casele de asigurari de sanatate pentru medicii cu specialitati clinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii. In situatia

in care un medic are mai multe specialitati clinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii, acesta isi poate desfasura activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate, putand acorda si raporta servicii medicale aferente specialitatilor respective, in conditiile in care cabinetul medical este inregistrat in registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialitati, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul incheiat.

(2) Cabinetele medicale de planificare familiala care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica in care isi desfasoara activitatea medici cu specialitatea obstetrica-ginecologie, precum si cabinetele de planificare familiala, altele decat cele din structura spitalelor in care isi desfasoara activitatea medici cu specialitatea obstetrica-ginecologie si medici care au obtinut competenta/atestat de studii complementare de planificare familiala, certificati de Ministerul Sanatatii, care lucreaza exclusiv in aceste activitati, incheie contract cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii de planificare familiala.

(3) Numarul necesar de medici de specialitate si numarul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinica pe judete, pentru care se incheie contractul, se stabileste de catre comisia formata din reprezentanti ai caselor de asigurari de sanatate, ai directiilor de sanatate publica, respectiv ai directiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele si institutiile centrale cu retea sanitara proprie, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai organizatiilor patronale si sindicale si societatilor profesionale ale medicilor de specialitate din asistenta medicala ambulatorie pentru specialitatile clinice, reprezentative la nivel judetean, dupa caz, pe baza unor criterii care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate aplicabil pe perioada de valabilitate a prezentei hotarari. Criteriile aprobate in conditiile legii se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica. Comisia stabileste numarul necesar de medici si numarul necesar de norme. Pentru specialitatile clinice, prin norma se intelege un program de lucru de 7 ore in medie pe zi si, respectiv, de 35 de ore pe saptamana. Pentru un program de lucru mai mare sau mai mic de 7 ore in medie pe zi, programul de lucru la cabinet pentru specialitatile clinice se ajusteaza in mod corespunzator.

(4) Comisia prevazuta la alin. (3) se constituie prin act administrativ al presedintelui-director general al casei de asigurari de sanatate, ca urmare a desemnarii reprezentantilor institutiilor mentionate la alin. (3), de catre conducatorii acestora, si functioneaza in baza unui regulament-cadru de organizare si functionare unitar, la nivel national, aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Regulamentul-cadru aprobat in conditiile legii se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica.

(5) Furnizorii de servicii medicale care au angajat persoane autorizate de Ministerul Sanatatii, altele decat medici, sa exercite profesii prevazute in Nomenclatorul de functii al Ministerului Sanatatii, care presteaza servicii de sanatate conexe actului medical sau care sunt in relatie contractuala cu furnizori de servicii de sanatate conexe actului medical, pot raporta serviciile conexe efectuate de acestia prin medicii de specialitate care au solicitat prin scrisoare medicala serviciile respective.

Serviciile publice de sanatate conexe actului medical, furnizate in cabinetele de libera practica organizate conform Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea si functionarea cabinetelor de libera practica pentru servicii publice conexe actului medical, aprobata cu modificari prin Legea nr. 598/2001 , si, dupa caz, organizate conform Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de libera practica, infiintarea, organizarea si functionarea

Colegiului Psihologilor din Romania, cu modificarile ulterioare, se contracteaza de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

Secțiunea a 2-a Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 23

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuți la art. 21 alin. (2) și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal, pe baza următoarelor documente:

a) dovada de evaluare a furnizorului, precum și a punctului de lucru secundar, după caz, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca, potrivit legii;

c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cartei de identitate, după caz;

d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

f) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;

g) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

h) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;

i) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;

j) copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici;

k) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar, inclusiv personalul autorizat de Ministerul Sănătății care prestează servicii de sănătate conexe actului medical, își exercită profesia la furnizor;

l) programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru/punctului secundar de lucru, după caz;

m) actul doveditor privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice și furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă și calitatea de prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr.

83/2000 , aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001 , și, după caz, conform Legii nr. 213/2004 , cu modificările ulterioare; pentru psihologi se va solicita și certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004 , cu modificările ulterioare;

n) actele doveditoare care să conțină: datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii de sănătate conexe actului medical, avizul de liberă practică sau atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de lucru și tipul serviciilor conform prevederilor din norme.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirată.

Secțiunea a 3-a Drepturile și obligațiile furnizorilor

Articolul 24

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctura au 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 prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătura 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 semnătura 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 asigurari sociale de sanatate, si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, de la data la care acestea se implementeaza; biletul de trimitere in vederea internarii se elibereaza pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate si tratate in ambulatoriu; pentru urgentele medico-chirurgicale si pentru bolile cu potential endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesara internarea de urgenta, medicul de specialitate elibereaza o scrisoare medicala in acest sens;

g) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

h) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

i) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

k) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

l) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate si sa il elibereze, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa asigure utilizarea formularului electronic de prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope de la data la care acesta se implementeaza; sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii, corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie. In situatia in care un asigurat, cu o boala cronica confirmata, este internat in regim de spitalizare continua intr-o sectie de acuti/sectie de cronici in cadrul unei unitati sanitare cu paturi aflate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, medicul de specialitate clinica poate elibera prescriptie medicala pentru medicamentele si materialele sanitare din programele nationale de sanatate, precum si pentru medicamentele aferente afectiunilor cronice, altele decat cele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de catre medicul de specialitate din specialitatile clinice, iar prescriptia se elibereaza in conditiile prezentarii unui document eliberat de spital, din care sa reiasa ca asiguratul este internat, al carui model este stabilit prin norme;

Lit. l) a art. 24 din anexa 2 a fost modificata de pct. 5 al art. II din HOTARAREA nr. 18 din 12 ianuarie 2017 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 46 din 17 ianuarie 2017.

m) sa asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe tara, si sa recomande investigatiile paraclinice in concordanta cu diagnosticul, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, de la data la care acestea se implementeaza;

n) sa asigure acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicale ori de cate ori se solicita in timpul programului de lucru, in limita competentei si a dotarilor existente;

o) sa asigure acordarea serviciilor medicale asiguratilor fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;

q) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web, precum si pachetul de servicii minimal si de baza cu tarifele corespunzatoare decontate de casa de asigurari de sanatate calculate la valoarea minima garantata; informatiile privind pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare serviciilor medicale sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

Lit. q) a art. 24 a fost modificata de pct. 5 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

r) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in prezenta hotarare si in norme;

s) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

s) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008 , cu modificarile si completarile ulterioare;

t) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;

Lit. t) a art. 24 a fost modificata de pct. 5 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

t) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

u) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

v) sa asigure acordarea serviciilor medicale prevazute in pachetele de servicii medicale;

w) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatiile paraclinice, prescriptia medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu si prescriptia medicala care este formular cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/ medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond; sa completeze formularele electronice mentionate anterior, de la data la care acestea se implementeaza;

x) sa recomande asiguratilor tratamentul, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

y) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

z) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

aa) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens;

ab) sa acorde servicii de asistenta medicala ambulatorie de specialitate asiguratilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate, cu exceptia: urgentelor, afectiunilor prevazute in norme, precum si a serviciilor de planificare familiala. Lista cuprinzand afectiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitatile ambulatorii care acorda asistenta medicala de specialitate pentru specialitatile clinice se stabileste prin norme. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii

respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate nu solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de baza, acordate pe teritoriul Romaniei, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu;

ac) sa informeze medicul de familie, prin scrisoare medicala expediata direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul si tratamentele efectuate si recomandate; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala, dupa caz, a biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporara de munca, dupa caz, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicala este un document tipizat, care se intocmeste in doua exemplare, dintre care un exemplar ramane la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicala contine obligatoriu numarul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii medicale si se utilizeaza numai de catre medicii care desfasoara activitate in baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevazut in norme;

ad) sa transmita rezultatul investigatiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicala, medicului de familie pe lista caruia este inscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face si prin intermediul asiguratului;

ae) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, daca este cazul;

af) sa verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

ag) sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul, si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ah) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul prescriptor in conditiile prevazute in norme;

ai) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

aj) sa incaseze de la asigurati contravaloarea serviciilor medicale la cerere. In aceste situatii furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate, in conditiile stabilite prin norme;

ak) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen, nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

Lit. ak) a art. 24 a fost modificata de pct. 5 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

al) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza si pachetul minimal furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in conditiile lit. ak), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

Lit. al) a art. 24 a fost modificata de pct. 5 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

Articolul 25

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si

la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

c) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate din Fond, conform prevederilor legale in vigoare;

d) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

e) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere; in aceste situatii, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate, in conditiile stabilite prin norme;

f) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii.

Sectiunea a 4-a Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Articolul 26

In relatiile cu furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice si acupunctura, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizati si evaluati si sa faca public, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, raportarea in vederea decontarii se face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

d) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 186 alin. (1) furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa acorde furnizorilor de servicii medicale sume care sa tina seama si de conditiile de desfasurare a activitatii in zone izolate, in conditii grele si foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale in vigoare;

f) sa inmaneze, la data finalizarii controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

g) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum si contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu si fara contributie personala, materiale sanitare, dispozitive medicale si ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza biletelor de trimitere/recomandarilor medicale si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acestia, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescriptiilor medicale si recomandarilor. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) sa faca publica valoarea definitiva a punctului, rezultata in urma regularizarii trimestriale, prin afisare atat la sediul caselor de asigurari de sanatate, cat si pe pagina electronica a acestora, incepand cu ziua urmatoare transmiterii acesteia de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, precum si numarul total de puncte la nivel national realizat trimestrial, prin afisare pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

k) sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala numele si codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

l) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice si de acupunctura acordate de medici conform specialitatii clinice si competentei/atestatului de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sanatatii si care au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, dupa caz, in conditiile prevazute in norme;

m) sa contracteze servicii medicale, respectiv sa deconteze serviciile medicale efectuate, raportate si validate, prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe serviciu medical si tarif pe serviciu medical consultatie/caz, in conditiile stabilite prin norme.

Sectiunea a 5-a Conditii specifice

Articolul 27

(1) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale incheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul lucrativ/punctul de lucru/punctul de lucru secundar, dupa caz, inregistrat si autorizat furnizorul de servicii medicale,

sau cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti.

(2) Casele de asigurari de sanatate cu care furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice si acupunctura au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale deconteaza contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.

(3) Fiecare medic de specialitate din specialitatile clinice, care acorda servicii medicale de specialitate intr-o unitate sanitara din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevazute la art. 21 alin. (2), isi desfasoara activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate, cu posibilitatea de a-si majora programul de activitate in conditiile prevazute la art. 30 alin. (2). Exceptie fac medicii de specialitate cu integrare clinica intr-un spital aflat in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate, care pot desfasura activitate in afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, intr-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru un program ce nu poate depasi 17,5 ore/saptamana. In sensul prezentului contract-cadru, prin medicii de specialitate cu integrare clinica intr-un spital se intelege personalul didactic din invatamantul superior medical care are integrare clinica in sectiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unitatii sanitare cu paturi.

(4) Medicii de specialitate din specialitatile clinice pot desfasura activitate in cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului si in cabinetele organizate in centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura aceluiasi spital, in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate, in cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sanatate multifunctional, programul de lucru al medicilor si repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislatiei muncii, de medicul-sef al centrului de sanatate multifunctional, aprobate de managerul spitalului si afisate la loc vizibil.

(5) Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialitatile clinice, care au autorizatiile necesare efectuarii serviciilor medicale paraclinice - ecografii, eliberate de Ministerul Sanatatii si Colegiul Medicilor din Romania, pot contracta cu casa de asigurari de sanatate servicii medicale paraclinice - ecografii din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, incheind in acest sens un act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale de specialitate pentru specialitatile clinice, in conditiile stabilite prin norme.

Articolul 28

In cadrul asistentei medicale ambulatorii de specialitate se acorda servicii medicale de specialitate, in conditiile prevazute in norme.

Articolul 29

Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, poate angaja medici, personal de specialitate medico-sanitar si alte categorii de personal, in conditiile prevazute de aceeasi ordonanta, achitand lunar toate obligatiile prevazute de lege pentru personalul angajat.

In situatia in care volumul de activitate al cabinetului medical conduce la un program de lucru saptamanal de minimum 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, incadrarea asistentului medical/sorei medicale este obligatorie. Pentru un program de lucru saptamanal de sub 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, incadrarea asistentului medical/sorei medicale se poate face in raport cu programul de lucru al cabinetului.

Articolul 30

(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatile clinice, indiferent de forma de organizare, isi stabilesc programul de activitate zilnic, astfel incat sa asigure accesul asiguratilor pe o durata de minimum 35 de ore pe saptamana, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilita prin negociere cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia situatiilor in care pentru anumite specialitati exista localitati/zone cu deficit de medici stabilite de comisia constituita potrivit art. 22 alin. (3), pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe saptamana.

(2) In situatia in care necesarul de servicii medicale de o anumita specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale in cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe saptamana pentru fiecare medic. In situatia in care programul nu acopera volumul de servicii medicale necesare, se intocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.

(3) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatile clinice, organizate in ambulatoriile integrate ale spitalelor si in centrele multifunctionale fara personalitate juridica din structura spitalelor, pot intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate pentru un program de minimum 35 de ore/saptamana sau pentru un program sub 35 de ore/saptamana.

Acestea intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate astfel:

a) reprezentantul legal incheie contract pentru servicii medicale, acordate in ambulatoriu, care sunt decontate din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate;

b) reprezentantul legal incheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate pentru cabinetele organizate in ambulatoriul integrat al spitalului si in centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura aceluiasi spital, cu respectarea prevederilor lit. a).

(4) Serviciile medicale din specialitatile clinice se acorda numai in baza biletului de trimitere, formular cu regim special, si conform programarilor pentru serviciile programabile, cu exceptia situatiilor prevazute la art. 32 alin (3).

(5) Serviciile medicale de acupunctura se acorda numai in baza biletului de trimitere, formular cu regim special, si conform programarilor.

Sectiunea a 6-a Decontarea serviciilor medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate

Articolul 31

Modalitatea de plata a furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical exprimat in puncte si tariful pe serviciu medical - consultatie/caz, exprimat in lei.

Articolul 32

(1) Decontarea serviciilor medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate se face prin:

a) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, pentru specialitatile clinice, stabilita in functie de numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical, ajustat in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea, de gradul profesional al medicilor si de valoarea unui punct, stabilita in conditiile prevazute in norme. Numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si conditiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc in norme. Criteriile de incadrare a cabinetelor medicale in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea se aproba prin ordin al ministrului sanatatii

si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Valoarea definitiva a punctului este unica pe tara, se calculeaza de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate prin regularizare trimestriala, conform normelor, pana la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru, si nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata pentru un punct stabilita in norme;

b) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, pentru serviciile de sanatate conexe actului medical, contractate si raportate de furnizorii de servicii medicale clinice, stabilita in functie de numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si de valoarea unui punct, in conditiile prevazute in norme. Contravaloarea acestor servicii se suporta din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii pentru specialitatile clinice. Numarul de puncte aferente fiecarui serviciu de sanatate conexe actului medical si conditiile acordarii acestora sunt prevazute in norme;

c) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, pentru serviciile de planificare familiala, stabilita in functie de numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si de valoarea unui punct, stabilita in conditiile prevazute in norme. Numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si conditiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc in norme;

d) plata prin tarif pe serviciu medical - consultatie/caz, exprimat in lei, stabilit prin norme, pentru serviciile de acupunctura. Contravaloarea acestor servicii se suporta din fondul aferent asistentei medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie.

(2) Casele de asigurari de sanatate deconteaza serviciile medicale ambulatorii de specialitate pe baza biletelor de trimitere eliberate, in conditiile stabilite prin norme, de catre:

a) medicii de familie aflatii in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate; medicii de specialitate din unitatile ambulatorii prevazute la art. 21 alin. (2), cu respectarea conditiilor prevazute la alin. (5);

b) medicii din cabinetele medicale scolare/studentesti, numai pentru elevii/studentii cu domiciliul in alta localitate decat cea in care se afla unitatea de invatamant respectiva;

c) medicii din cabinetele medicale de unitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale;

d) medicii care acorda asistenta medicala din institutiile de asistenta sociala pentru persoane adulte cu handicap, aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Dizabilitati, numai pentru persoanele institutionalizate si numai in conditiile in care acestea nu sunt inscrise pe lista unui medic de familie;

e) medicii care acorda asistenta medicala din serviciile publice specializate sau organisme private autorizate, numai pentru copiii incredintati ori dati in plasament si numai in conditiile in care acestia nu sunt inscrisi pe lista unui medic de familie;

f) medicii care acorda asistenta medicala din alte institutii de ocrotire sociala, numai pentru persoanele institutionalizate si numai in conditiile in care acestea nu sunt inscrise pe lista unui medic de familie;

g) medicii dentisti si dentistii din cabinetele stomatologice scolare si studentesti, numai pentru elevi, respectiv studenti; medicii dentisti si dentistii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate;

h) medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, in laboratoare de sanatate mintala, respectiv in centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala,

cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica.

(3) Fac exceptie de la prevederile alin. (2) urgentele si afectiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, prevazute in norme, si serviciile de planificare familiala. Pentru afectiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice si pentru serviciile de planificare familiala, medicii de specialitate au obligatia de a verifica calitatea de asigurat.

(4) Pentru situatiile prevazute la alin. (2) lit. b), d), e) si f), casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu medicii respectivi, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre acestia pentru serviciile medicale clinice. Pentru situatia prevazuta la alin. (2) lit. g), casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu medicii respectivi, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre acestia pentru specialitatile clinice, daca este necesara rezolvarea cazului din punct de vedere oro-dentar. Pentru situatia prevazuta la alin. (2) lit. h), casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu medicii respectivi, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre acestia, pentru serviciile medicale clinice. Medicii prevazuti la alin. (2) lit. b), d), e), f), g) si h) incheie, direct sau prin reprezentant legal, dupa caz, conventie cu o singura casa de asigurari de sanatate, respectiv cu cea in a carei raza administrativ-teritoriala se afla cabinetul/unitatea in care acestia isi desfasoara activitatea, cu exceptia dentistilor/medicilor dentisti din cabinetele stomatologice din penitenciare care incheie conventie cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti.

(5) Trimiterea asiguratului de catre un medic de specialitate aflat in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate catre un alt medic de specialitate din ambulatoriu aflat in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate se face pe baza biletului de trimitere, numai in situatia in care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului care elibereaza biletul de trimitere respectiv.

Articolul 33

(1) Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per serviciu, respectiv pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu, din fondul aferent asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile clinice la nivel national se scade suma corespunzatoare punerii in aplicare a prevederilor art. 183 alin. (3), inclusiv suma reprezentand regularizarea trimestrului IV al anului anterior; fondul aferent asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile clinice pentru calculul valorii definitive a punctului per serviciu se defalca trimestrial.

Alin. (1) al art. 33 a fost modificat de pct. 6 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

(2) Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze lunar, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate in luna anterioara, potrivit contractelor incheiate intre furnizorii de servicii medicale ambulatorii si casele de asigurari de sanatate, pe baza documentelor prezentate de furnizori pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunara se face la valoarea minima garantata pentru un punct, unica pe tara si prevazuta in norme. Regularizarea trimestriala se face la valoarea definitiva pentru un punct per serviciu, pana la data de 30 a lunii urmatoare incheierii trimestrului, pe baza documentelor prezentate de furnizori in luna urmatoare trimestrului pentru care se face plata, potrivit normelor, pana la termenul prevazut in

contractul de furnizare de servicii medicale. Valoarea definitiva a unui punct nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata pentru un punct, prevazuta in norme.

Articolul 34

Raportarea eronata a unor servicii medicale clinice, a serviciilor de planificare familiala, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, si a serviciilor de acupunctura pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical - consultatie/caz, exprimat in lei, se regularizeaza conform normelor. La regularizare se au in vedere si serviciile medicale omise la raportare in perioadele in care au fost realizate sau raportate eronat in plus.

Sectiunea a 7-a Sanctiuni, conditii de reziliere, suspendare si incetare a contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate

Articolul 35

(1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevazut in contract, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% valoarea minima garantata a punctului, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru planificare familiala, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a punctului pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru planificare familiala, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 24 lit. b), c), e)-h), j)-u), v), x), z), ac)-ae) si af), precum si prescrieri de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si/sau recomandari de investigatii paraclinice care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decat cel prevazut in norme sau neeliberarea acesteia, precum si neeliberarea prescriptiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsa in scrisoarea medicala, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a punctului, pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru planificare familiala, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

Alin. (2) al art. 35 din anexa 2 a fost modificat de pct. 6 al art. II din HOTARAREA nr. 18 din 12 ianuarie 2017 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 46 din 17 ianuarie 2017.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente nerespectarea obligatiei prevazute la art. 24 lit. ab) si/sau serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, se recupereaza contravaloarea acestor servicii si se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a punctului pentru luna in care

s-au inregistrat aceste situatii, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru planificare familiala, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei prevazute la art. 24 lit. ai), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% valoarea minima garantata a unui punct per serviciu, respectiv se diminueaza cu 5% valoarea de contract pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de specialitate clinica/acupunctura la care acestea au fost inregistrate;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a unui punct per serviciu, respectiv se diminueaza cu 10% valoarea de contract pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de specialitate clinica/acupunctura la care acestea au fost inregistrate.

Alin. (4) al art. 35 a fost modificat de pct. 7 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

(5) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (4), nerespectarea obligatiei de la art. 24 lit. ai) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea, pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line.

(6) Retinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate. In situatia in care suma prevazuta la alin. (4) depaseste prima plata, retinerea sumei se realizeaza prin plata directa sau executare silita, in conditiile legii.

(7) Pentru cazurile prevazute la alin. (1)-(4), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(9) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(4) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare, cu aceeasi destinatie.

Articolul 36

Contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
- e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;
- f) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, inclusiv de servicii de planificare familiala si acupunctura, de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate, ca urmare a cererii in scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentelor medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;
- g) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
- h) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive, in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;
- i) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 27 alin. (3) si la art. 24 lit. aa) si aj);
- j) odata cu prima constatare dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 35 alin. (1), (2) si (4), precum si la prima constatare dupa aplicarea masurii prevazute la art. 35 alin. (3).

Articolul 37

Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

- a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;
- a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;
- a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;
- a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea in conditiile legii;

- a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania;
- b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
- c) acordul de vointa al partilor;
- d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;
- e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 38 lit. a), cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

Articolul 38

Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

- a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 23 alin. (1) lit. a)-c) si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 24 lit. y), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;
- b) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;
- c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;
- d) nerespectarea de catre furnizorii de servicii medicale a obligatiei de plata a contributiei la Fond, constatata de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor;
- e) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata despre decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie.

Capitolul III

Asistenta medicala ambulatorie pentru specialitatea clinica de recuperare, medicina fizica si balneologie

Sectiunea 1 Conditii de eligibilitate

Articolul 39

(1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de recuperare, medicina fizică și balneologie trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) să fie autorizați conform prevederilor legale în vigoare;

b) să fie evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare în termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistentă medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică de recuperare, medicina fizică și balneologie se asigură de medici de specialitatea recuperare, medicina fizică și balneologie, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, și se acordă prin:

a) cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) unități sanitare ambulatorii de recuperare, medicina fizică și balneologie, inclusiv cele aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;

c) societăți de turism balnear și de recuperare, medicina fizică și balneologie, constituite conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care îndeplinesc condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 143/2003, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

d) 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.

Articolul 40

(1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate recuperare, medicina fizică și balneologie încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii cu specialitatea de recuperare, medicina fizică și balneologie, confirmată prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Numărul necesar de medici de specialitate recuperare, medicina fizică și balneologie și numărul de norme necesare, pe județ, pentru care se încheie contract, se stabilesc de către comisia formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai organizațiilor patronale și sindicale și ai societăților profesionale ale medicilor de specialitate din asistentă medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice, reprezentative la nivel județean, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică. Pentru specialitatea clinică recuperare, medicina fizică și balneologie, prin normă se înțelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi și, respectiv, de 35 de ore pe săptămână. Pentru un program de lucru mai mare sau mai mic de 7 ore în medie pe

zi, programul de lucru la cabinet pentru specialitatea clinica recuperare, medicina fizica si balneologie se ajusteaza in mod corespunzator.

(3) Comisia prevazuta la alin. (2) se constituie prin act administrativ al presedintelui-director general al casei de asigurari de sanatate, ca urmare a desemnarii reprezentantilor institutiilor mentionate la alin. (2), de catre conducatorii acestora, si functioneaza in baza unui regulament-cadru de organizare si functionare unitar, la nivel national, aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Regulamentul-cadru aprobat in conditiile legii se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica.

Sectiunea a 2-a Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 41

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevazuti la art. 39 alin. (2) si casa de asigurari de sanatate se incheie in baza urmatoarelor documente:

a) dovada de evaluare a furnizorului, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca, potrivit legii;

c) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal - copia buletinului/cartii de identitate, dupa caz;

d) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabila la data incheierii contractului; furnizorul are obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului;

f) dovada platii la zi a contributiei la Fond pentru asigurari sociale de sanatate, precum si a contributiei pentru concedii si indemnizatii, pentru cei care au aceasta obligatie legala, efectuata conform prevederilor legale in vigoare si care trebuie prezentata casei de asigurari de sanatate pana cel tarziu in ultima zi a perioadei de contractare comunicata de casa de asigurari de sanatate;

g) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

h) lista cu tipul si numarul de aparate aflate in dotare;

i) programul de lucru al furnizorului;

j) lista personalului medico-sanitar care isi exercita profesia la furnizor si programul de lucru al acestuia;

k) copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor;

- l) certificat de membru al Colegiului Medicilor din Romania, pentru fiecare medic, valabil la data incheierii contractului si pe toata perioada derularii contractului;
- m) documentul care atesta gradul profesional pentru medici;
- n) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali valabil la data incheierii contractului si pe toata perioada derularii contractului;
- o) copie a actului de identitate pentru medici si asistentii medicali;
- p) declaratie pe propria raspundere cu privire la contractele incheiate cu alte case de asigurari de sanatate conform modelului din norme;
- q) certificat de libera practica pentru fiziokinetoterapeuti, kinetoterapeuti si profesor de cultura fizica medicala eliberat conform prevederilor legale.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor, depuse in copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" si prin semnatura reprezentantului legal, pe fiecare pagina; aceste documente se transmit si in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi depuse/transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata.

Sectiunea a 3-a Obligatiile si drepturile furnizorilor de servicii medicale

Articolul 42

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate recuperare, medicina fizica si balneologie au urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;
- b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical si ale asiguratului referitor la respectarea indicatiilor medicale si consecintele nerespectarii acestora;
- c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru si ale normelor de aplicare a acestuia, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala de recuperare, medicina fizica si balneologie, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, raportarea se face numai in format electronic;

f) sa asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de trimitere catre alte specialitati clinice sau in vederea internarii, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurari sociale de sanatate, si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, de la data la care acestea se implementeaza; biletul de trimitere in vederea internarii se elibereaza pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate si/sau tratate in ambulatoriu;

g) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

h) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

i) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

k) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

l) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate si sa il elibereze, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa asigure utilizarea formularului electronic de prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope de la data la care acesta se implementeaza; sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii, corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie. In situatia in care un asigurat, cu o boala cronica confirmata, este internat in regim de spitalizare continua intr-o sectie de acuti/sectie de cronici in cadrul unei unitati sanitare cu paturi aflate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, medicul de specialitate clinica recuperare, medicina fizica si balneologie poate elibera, dupa caz, prescriptie medicala pentru medicamentele si materialele sanitare din programele nationale de sanatate, precum si, pentru medicamentele aferente afectiunilor cronice, altele decat cele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de catre medicul de specialitate de recuperare, medicina fizica si balneologie, prescriptia eliberandu-

se in conditiile prezentarii unui document eliberat de spital din care sa reiasa ca asiguratul este internat, al carui model este stabilit prin norme;

Lit. l) a art. 42 din anexa 2 a fost modificata de pct. 7 al art. II din HOTARAREA nr. 18 din 12 ianuarie 2017 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 46 din 17 ianuarie 2017.

m) sa asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe tara, si sa recomande investigatiile paraclinice in concordanta cu diagnosticul, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, de la data la care acesta se implementeaza;

n) sa asigure acordarea serviciilor medicale asiguratilor, fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;

p) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web, precum si pachetul de servicii de baza cu tarifele corespunzatoare decontate de casa de asigurari de sanatate; informatiile privind pachetul de servicii medicale si tarifele corespunzatoare serviciilor medicale sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

Lit. p) a art. 42 a fost modificata de pct. 8 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

q) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in hotarare si in norme;

r) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

s) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008 , cu modificarile si completarile ulterioare;

s) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;

Lit. s) a art. 42 a fost modificata de pct. 8 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

t) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

t) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

u) sa asigure acordarea serviciilor medicale prevazute in pachetul de servicii medicale;

v) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatiile paraclinice si de la data la care se implementeaza formularele electronice mentionate anterior, precum si prescriptia medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond;

w) sa recomande asiguratilor tratamentul, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

x) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

y) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

z) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens;

aa) sa acorde servicii de asistenta medicala ambulatorie de specialitate asiguratilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate, cu exceptia afectiunilor prevazute in norme. Lista cuprinzand afectiunile ce permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitatile ambulatorii care acorda asistenta medicala de specialitate pentru specialitatea clinica de recuperare, medicina fizica si balneologie se stabileste prin norme. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi

conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale acordate pe teritoriul Romaniei, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu;

ab) sa informeze medicul de familie, prin scrisoare medicala expediata direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul si tratamentele efectuate si recomandate; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala, dupa caz, a biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporara de munca, dupa caz, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicala este un document tipizat, care se intocmeste in doua exemplare, dintre care un exemplar ramane la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicala contine obligatoriu numarul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii medicale si se utilizeaza numai de catre medicii care desfasoara activitate in baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevazut in norme;

ac) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, daca este cazul;

ad) sa verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

ae) sa intocmeasca evidente distincte si sa raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor incheiate cu fiecare casa de asigurari de sanatate, dupa caz;

af) sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ag) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul prescriptor in conditiile prevazute in norme;

ah) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ai) sa comunice casei de asigurari de sanatate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face in ziua in care se inregistreaza aceasta situatie prin serviciul on-line pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

aj) sa incaseze de la asiguratii contravaloarea serviciilor medicale la cerere; in aceste situatii furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate, in conditiile stabilite prin norme;

ak) sa incaseze sumele reprezentand coplata pentru serviciile de recuperare, medicina fizica si balneologie - serii de proceduri de care au beneficiat asiguratii, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, in conditiile prevazute in norme;

al) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

Lit. al) a art. 42 a fost modificata de pct. 8 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

am) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in conditiile lit. al), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

Lit. am) a art. 42 a fost modificata de pct. 8 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

Articolul 43

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea

serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

c) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate din Fond, conform prevederilor legale in vigoare;

d) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

e) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere; in aceste situatii, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate, in conditiile stabilite prin norme;

f) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate, in format electronic, motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii;

g) sa incaseze sumele reprezentand coplata pentru serviciile de recuperare, medicina fizica si balneologie - serii de proceduri de care au beneficiat asiguratii, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, in conditiile stabilite prin norme.

Sectiunea a 4-a Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Articolul 44

In relatiile cu furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie autorizati si evaluati si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza carora s-a stabilit valoarea de contract, si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, raportarea in vederea decontarii se face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile,

conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

d) sa informeze in prealabil, in termenul prevazut la art. 186 alin. (1), furnizorii de servicii medicale, cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

f) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum si contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu si fara contributie personala, materiale sanitare, dispozitive medicale si ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative, acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza biletelor de trimitere/recomandarilor medicale si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acestia, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescriptiilor medicale si recomandarilor. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare;

g) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

h) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizarilor trimestriale, motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

i) sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala numele si codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa deconteze contravaloarea serviciilor numai daca medicii au competenta legala necesara si au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, in conditiile prevazute in norme;

k) sa contracteze servicii medicale, respectiv sa deconteze serviciile medicale efectuate, raportate si validate, prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe serviciu medical - consultatie/zi de tratament, in conditiile stabilite prin norme;

l) sa deconteze serviciile medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe tara utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia situatiilor prevazute in norme;

m) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie, cu care au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie, contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor, in conditiile respectarii prevederilor art. 45 alin. (2).

Sectiunea a 5-a Conditii specifice

Articolul 45

(1) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie incheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru inregistrate si autorizate furnizorul de servicii medicale si/sau cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti. In acest sens, furnizorii de servicii de recuperare, medicina fizica si balneologie au obligatia de a depune la casa de asigurari de sanatate cu care incheie contract o declaratie pe propria raspundere cu privire la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform modelului prevazut in norme.

(2) Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii de recuperare, medicina fizica si balneologie cu care au incheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor, astfel:

a) daca furnizorul are incheiat contract atat cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi desfasoara activitatea, cat si cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, fiecare casa de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor aflati in evidentele proprii. Pentru asiguratii aflati in evidenta altor case de asigurari de sanatate, decontarea serviciilor medicale se face de catre casa in a carei raza administrativ-teritoriala isi desfasoara activitatea furnizorul;

b) daca furnizorul are incheiat contract numai cu o casa de asigurari de sanatate dintre cele prevazute la lit. a), aceasta deconteaza contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul. In acest sens, furnizorii de servicii de recuperare, medicina fizica si balneologie au obligatia de a depune la casa de asigurari de sanatate cu care incheie contract o declaratie pe propria raspundere cu privire la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform modelului prevazut in norme.

(3) Fiecare medic de specialitate din specialitatea clinica recuperare, medicina fizica si balneologie, care acorda servicii medicale de specialitate intr-o unitate sanitara din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevazute la art. 39 alin. (2), isi desfasoara activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate, cu posibilitatea de a-si majora programul de activitate in conditiile prevazute la art. 48 alin. (2). Exceptie fac situatiile in care acelasi furnizor are contract incheiat si cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, precum si medicii de specialitate cu integrare clinica intr-un spital aflat in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate, care pot desfasura activitate in afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, intr-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru un program ce nu poate depasi 17,5 ore/saptamana. In sensul prezentului contract-cadru, prin medicii de specialitate clinica - recuperare, medicina fizica si balneologie, cu integrare clinica intr-un spital se intelege personalul didactic din invatamantul superior medical care are integrare clinica in sectiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unitatii sanitare cu paturi.

(4) Medicii de specialitate din specialitatea recuperare, medicina fizica si balneologie pot desfasura activitate in cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului si in cabinetele organizate in centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura aceluiasi spital, in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate, in cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sanatate multifunctional, programul de lucru al medicilor si repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislatiei muncii, de medicul-sef al centrului de sanatate multifunctional, aprobate de managerul spitalului si afisate la loc vizibil.

Articolul 46

In cadrul asistentei medicale ambulatorii de specialitate se acorda servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie, in conditiile prevazute in norme.

Articolul 47

Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, poate angaja medici, personal de specialitate medico-sanitar si alte categorii de personal, in conditiile prevazute de aceeaasi ordonanta, achitand lunar toate obligatiile prevazute de lege pentru personalul angajat. In situatia in care volumul de activitate al cabinetului medical conduce la un program de lucru saptamanal de minimum 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, incadrarea asistentului medical este obligatorie. Pentru un program de lucru saptamanal de sub 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, incadrarea asistentului medical se poate face in raport cu programul de lucru al cabinetului.

Articolul 48

(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatea clinica de recuperare, medicina fizica si balneologie, indiferent de forma de organizare, isi stabilesc programul de activitate zilnic, astfel incat sa asigure accesul asiguratilor pe o durata de minimum 35 de ore pe saptamana, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilita prin negociere cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia situatiilor in care exista localitati/zone cu deficit de medici stabilite de comisia prevazuta la art. 40 alin. (2), pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe saptamana.

(2) In situatia in care necesarul de servicii medicale presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale in cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe saptamana pentru fiecare medic. In situatia in care programul nu acopera volumul de servicii medicale necesare, se intocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.

(3) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatea clinica recuperare, medicina fizica si balneologie organizate in ambulatoriile integrate ale spitalelor si in centrele multifunctionale fara personalitate juridica din structura spitalelor pot intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate pentru un program de minimum 35 de ore/saptamana sau pentru un program sub 35 de ore/saptamana.

Acestea intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate astfel:

a) reprezentantul legal incheie contract pentru servicii medicale din specialitatea clinica de recuperare, medicina fizica si balneologie, care sunt decontate din fondul alocat asistentei medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie in ambulatoriu;

b) reprezentantul legal incheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate pentru cabinetele organizate in ambulatoriul integrat al spitalului si in centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura aceluiasi spital, cu respectarea prevederilor lit. a).

(4) Serviciile medicale din specialitatea clinica recuperare, medicina fizica si balneologie se acorda numai in baza biletului de trimitere, formular cu regim special, si conform programarilor pentru serviciile programabile, cu exceptia situatiilor prevazute la art. 50 alin. (1).

Sectiunea a 6-a Contractarea si decontarea serviciilor medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinica recuperare, medicina fizica si balneologie

Articolul 49

(1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie cu casa de asigurari de sanatate se au in vedere numarul de servicii medicale - consultatii, respectiv tariful pe consultatie si numarul de servicii medicale - zile de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament. Pentru prestatia medicului primar, tariful consultatiei se majoreaza cu 20%. Suma contractata se stabileste conform normelor si se defalca pe trimestre si luni, tinandu-se cont si de activitatea specifica sezoniera.

(2) Modalitatea de plata a furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical - consultatie/serviciu medical - zi de tratament, exprimate in lei.

(3) Contractarea serviciilor medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie se face din fondul alocat asistentei medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie.

Articolul 50

(1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza serviciile medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie, in conditiile stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia afectiunilor care permit prezentarea direct la medicul de recuperare, medicina fizica si balneologie, stabilite in norme.

(2) Biletele de trimitere pentru tratament in statiunile balneoclimatice se elibereaza de catre medicii de familie, de catre medicii de specialitate din ambulatoriu si medicii din spital, aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare, medicina fizica si balneologie.

(3) Trimiterea asiguratului de catre un medic de specialitate aflat in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate catre un alt medic de specialitate din ambulatoriu, aflat in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, se face pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate, numai in situatia in care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului care elibereaza biletul de trimitere respectiv.

Articolul 51

(1) Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze lunar, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni, contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie, furnizate in luna anterioara, potrivit contractelor incheiate intre

furnizorii de servicii medicale ambulatorii de recuperare, medicina fizica si balneologie si casele de asigurari de sanatate, pe baza documentelor prezentate de furnizori pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie incaseaza de la asigurati suma corespunzatoare coplatii pentru serviciile de recuperare, medicina fizica si balneologie - serii de proceduri din pachetul de servicii de baza de care au beneficiat asiguratii, pe seria de proceduri; nivelul minim al coplatii este de 5 lei pe seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe seria de proceduri. Valoarea coplatii este stabilita de fiecare furnizor pe baza de criterii proprii.

(3) Categoriile de asigurati scutite de coplata, prevazute la art. 225 din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, fac dovada acestei calitati cu documente eliberate de autoritatile competente ca se incadreaza in respectiva categorie, precum si cu documente si/sau, dupa caz, cu declaratie pe propria raspundere ca indeplinesc conditiile privind realizarea sau nerealizarea unor venituri, conform modelului prevazut in norme.

Sectiunea a 7-a Sanctiuni, conditii de reziliere, suspendare si incetare a contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinica recuperare, medicina fizica si balneologie

Articolul 52

(1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/ medicului, a programului de lucru prevazut in contract, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de recuperare, medicina fizica si balneologie aferente lunii in care s-au produs aceste situatii, pentru fiecare dintre aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de recuperare, medicina fizica si balneologie aferente lunii in care s-au produs aceste situatii, pentru fiecare dintre aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 42 lit. b), c), e)-h), j)-u), w), y) si ab)-ae), precum si prescrieri de medicamente cu sau fara contributie personala din partea asiguratului si de unele materiale sanitare si/sau recomandari de investigatii paraclinice, care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decat cel prevazut in norme sau neeliberarea acesteia, precum si neeliberarea prescriptiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsa in scrisoarea medicala, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 10% contravaloarea serviciilor de recuperare, medicina fizica si balneologie aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

Alin. (2) al art. 52 din anexa 2 a fost modificat de pct. 8 al art. II din HOTARAREA nr. 18 din 12 ianuarie 2017 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 46 din 17 ianuarie 2017.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente nerespectarea obligatiei prevazute la art. 42 lit. aa) si/sau serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, se recupereaza contravaloarea acestor servicii si se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de recuperare, medicina fizica si balneologie aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei prevazute la art. 42 lit. ah), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie.

Alin. (4) al art. 52 a fost modificat de pct. 9 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

(5) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (4), nerespectarea obligatiei de la art. 42 lit. ah) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea, pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line.

(6) Retinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(7) Pentru cazurile prevazute la alin. (1)-(4), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(9) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(4) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Articolul 53

Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie se reziliaza de plin drept, printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acesteia;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
- e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;
- f) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate (cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora), cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
- g) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate, ca urmare a cererii in scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;
- h) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive, in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor in cazul carora s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;
- i) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 42 lit. z), aj) si art. 45 alin. (3);
- j) odata cu prima constatare dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 52 alin. (1), (2) si (4), precum si la prima constatare dupa aplicarea masurii prevazute la art. 52 alin. (3).

Articolul 54

Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

- a1) furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;
- a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;
- a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;
- a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

- a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania;
- b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
- c) acordul de vointa al partilor;
- d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;
- e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 55 lit. a), cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

Articolul 55

Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie se suspenda cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

- a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 41 alin. (1) lit. a)-c) si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 42 lit. x), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;
- b) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;
- c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;
- d) nerespectarea de catre furnizorii de servicii medicale a obligatiei de plata a contributiei la Fond, constatata de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor;
- e) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie.

Capitolul IV

Asistenta medicala dentara

Sectiunea 1 Conditii de eligibilitate

Articolul 56

(1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină dentară trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) să fie autorizați conform prevederilor legale în vigoare;

b) să fie evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare, în termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistența medicală dentară se asigură de medici dentisti și dentiști, împreună cu alt personal, de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, și se acordă prin:

a) cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii;

d) 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;

e) centre de sănătate multifuncționale, cu sau fără personalitate juridică, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, inclusiv cele aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;

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

Articolul 57

(1) Furnizorii de servicii de medicină dentară încheie un singur contract pentru furnizarea de servicii de medicină dentară cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical sau cu o casa de asigurări de sănătate limitrofă ori cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, după caz, în condițiile stabilite prin norme.

(2) Furnizorii de servicii de medicină dentară care au autorizațiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice de radiologie, eliberate de Ministerul Sănătății, Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare și Colegiul Medicilor Dentiști din România, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice de radiologie - radiografii dentare retroalveolare și panoramice din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară, în condițiile stabilite prin norme.

Secțiunea a 2-a Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 58

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii de medicină dentară prevăzuți la art. 56 alin. (2) și casa de asigurări de sănătate se încheie în baza următoarelor documente:

- a) dovada de evaluare a furnizorului, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;
- b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca, potrivit legii;
- c) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal - copia buletinului/cartii de identitate, dupa caz;
- d) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;
- e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabila la data incheierii contractului; furnizorul are obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului;
- f) dovada platii la zi a contributiei la Fond pentru asigurari sociale de sanatate, precum si a contributiei pentru concedii si indemnizatii, pentru cei care au aceasta obligatie legala, efectuata conform prevederilor legale in vigoare si care trebuie prezentata casei de asigurari de sanatate pana cel tarziu in ultima zi a perioadei de contractare comunicata de casa de asigurari de sanatate;
- g) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;
- h) certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentisti din Romania, pentru fiecare medic dentist, valabil la data incheierii contractului si pe toata perioada derularii contractului;
- i) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali, valabil la data incheierii contractului si pe toata perioada derularii contractului;
- j) documentul care atesta gradul profesional pentru medicii dentisti;
- k) copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor;
- l) programul de activitate al cabinetului, precum si programul de activitate al medicilor si al personalului medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor, depuse in copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" si prin semnatura reprezentantului legal, pe fiecare pagina; aceste documente se transmit si in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi depuse/transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata.

Sectiunea a 3-a Obligatiile si drepturile furnizorilor

Articolul 59

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale de medicina dentara au urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de medicina dentara furnizate, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;
- b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical si ale asiguratului referitor la respectarea indicatiilor medicale si consecintele nerespectarii acestora;
- c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati si la persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru si ale normelor de aplicare a acestuia, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;
- e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala de medicina dentara, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, raportarea se face numai in format electronic;
- f) sa asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurari sociale de sanatate, si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, de la data la care acestea se implementeaza; biletul de trimitere in vederea internarii se elibereaza pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate si/sau tratate in ambulatoriu;
- g) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;
- h) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;
- i) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;
- j) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;
- k) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;
- l) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate si sa il elibereze, ca o consecinta a actului medical propriu si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul

contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa asigure utilizarea formularului electronic de prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope de la data la care acesta se implementeaza; sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii, corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

m) sa asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe tara, si sa recomande investigatiile paraclinice in concordanta cu diagnosticul, ca o consecinta a actului medical propriu si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice de la data la care acestea se implementeaza;

n) sa asigure acordarea serviciilor medicale de medicina dentara asiguratilor fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web, precum si pachetul de servicii minimal si de baza cu tarifele corespunzatoare decontate de casa de asigurari de sanatate si partea de contributie personala suportata de asigurat; informatiile privind pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare serviciilor medicale sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

Lit. o) a art. 59 a fost modificata de pct. 10 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

p) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in hotarare si in norme;

q) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

r) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;

Lit. r) a art. 59 a fost modificata de pct. 10 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

s) sa asigure acordarea asistentei medicale de medicina dentara necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

s) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

t) sa asigure acordarea serviciilor medicale de medicina dentara prevazute in pachetul de servicii medicale;

t) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatiile paraclinice si de la data la care se implementeaza formularele electronice mentionate anterior, precum si prescriptia medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond;

u) sa recomande asiguratilor tratamentul, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

v) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

w) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

x) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens;

y) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale de medicina dentara programabile, daca este cazul;

z) sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

aa) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul prescriptor in conditiile prevazute in norme;

ab) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ac) sa comunice casei de asigurari de sanatate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face in ziua in care se inregistreaza aceasta situatie prin serviciul on-line pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

ad) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

Lit. ad) a art. 59 a fost modificata de pct. 10 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

ae) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza si pachetul minimal furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in conditiile lit. ad) in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

Lit. ae) a art. 59 a fost modificata de pct. 10 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

Articolul 60

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale de medicina dentara au urmatoarele drepturi:

- a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract;
- b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;
- c) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate din Fond, conform prevederilor legale in vigoare;
- d) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;
- e) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;
- f) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii.

Sectiunea a 4-a Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Articolul 61

In relatiile cu furnizorii de servicii medicale de medicina dentara, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicina dentara autorizati si evaluati si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza carora s-a stabilit valoarea de contract, si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;
- b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea in vederea decontarii se face numai in format electronic;
- c) sa informeze furnizorii de servicii medicale de medicina dentara cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerea, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

d) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 186 alin. (1) furnizorii de servicii medicale de medicina dentara cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, la casa de asigurari de sanatate;

f) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicina dentara sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum si contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu si fara contributie personala si materiale sanitare acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza biletelor de trimitere si/sau a prescriptiilor medicale eliberate de catre acestia, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescriptiilor medicale. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare;

g) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

h) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

i) sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara cu care se afla in relatie contractuala numele si codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicina dentara si contravaloarea investigatiilor medicale paraclinice (radiografie dentara retroalveolara si radiografie panoramica), numai daca medicii au competenta legala necesara si au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, in conditiile prevazute in norme;

k) sa contracteze servicii medicale de medicina dentara, respectiv sa deconteze serviciile medicale de medicina dentara efectuate, raportate si validate, prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe serviciu medical, in conditiile stabilite prin norme.

Sectiunea a 5-a Conditii specifice

Articolul 62

(1) Casele de asigurari de sanatate cu care furnizorii de servicii de medicina dentara au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale deconteaza contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.

(2) Fiecare medic de medicina dentara care acorda servicii medicale de specialitate intr-o unitate sanitara din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevazute la art. 56 alin. (2) isi desfasoara activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

Articolul 63

In cadrul asistentei medicale ambulatorii de medicina dentara se acorda servicii medicale de medicina dentara, in conditiile prevazute in norme.

Articolul 64

(1) Cabinetele de medicina dentara isi stabilesc programul de activitate in functie de volumul serviciilor de medicina dentara contractate, astfel incat programul de lucru/medic in contract cu casa de asigurari de sanatate sa fie de 3 ore/zi la cabinet.

(2) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatea de medicina dentara, indiferent de forma de organizare, incheie contract cu casele de asigurari de sanatate pentru serviciile prevazute in pachetele de servicii, care se deconteaza din fondul alocat asistentei medicale dentare.

(3) Conditii de decontarii serviciilor de medicina dentara sunt stabilite prin norme.

(4) Pentru cabinetele medicale de medicina dentara din structura spitalelor, reprezentantul legal incheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate pentru cabinetele organizate in ambulatoriul integrat al spitalelor si in centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica, cu respectarea prevederilor alin. (2).

Articolul 65

(1) Casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu:

a) medicii dentisti si dentistii din cabinetele stomatologice scolare si studentesti, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre acestia - numai pentru elevi si studenti - pentru investigatii medicale de radiologie dentara si pentru specialitatile clinice, daca este necesara rezolvarea cazului din punct de vedere oro-dentar;

b) medicii dentisti, dentistii din cabinetele stomatologice din penitenciare, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre acestia - numai pentru persoanele private de libertate - pentru investigatii medicale de radiologie dentara si pentru specialitatile clinice, daca este necesara rezolvarea cazului din punct de vedere oro-dentar.

(2) Medicii prevazuti la alin. (1) lit. a) incheie, direct sau prin reprezentantul legal, dupa caz, conventie cu o singura casa de asigurari de sanatate, respectiv cu cea in a carei raza administrativ-teritoriala se afla cabinetul/unitatea in care acestia isi desfasoara activitatea, iar cei prevazuti la alin. (1) lit. b) incheie conventie cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti.

Sectiunea a 6-a Contractarea si decontarea serviciilor medicale de medicina dentara

Articolul 66

(1) Modalitatea de plata a furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical in lei.

(2) Suma convenita se stabileste in functie de numarul de servicii medicale si de tarifele aferente acestora. Conditii privind contractarea si acordarea serviciilor medicale sunt cele prevazute in

hotarare si in norme, iar tarifele aferente serviciilor de medicina dentara sunt prevazute in norme. Suma contractata de medicii dentisti pe an se defalca pe luni si trimestre si se regularizeaza trimestrial, conform normelor.

Sectiunea a 7-a Sanctiuni, conditii de reziliere, suspendare si incetare a contractului de furnizare de servicii medicale de medicina dentara

Articolul 67

(1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevazut in contract, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 59 lit. b), c), e)-h), j)-t), u), w), y), precum si prescrieri de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si ale unor materiale sanitare si/sau recomandari de investigatii paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente, ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei prevazute la art. 59 lit. ab), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie.

Alin. (4) la art. 67 a fost modificat de pct. 11 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

(5) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (4), nerespectarea obligatiei prevazute la art. 59 lit. ab) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line.

(6) Retinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate. In situatia in care suma prevazuta la alin. (4) depaseste prima plata, recuperarea sumei se realizeaza prin plata directa sau executare silita, in conditiile legii.

(7) Pentru cazurile prevazute la alin. (1)-(4), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(9) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(4) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Articolul 68

Contractul de furnizare de servicii de medicina dentara se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii de medicina dentara nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate conform prezentului contract, in vederea decontarii de catre casa de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate, ca urmare a cererii in scris, documentele solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

g) la a doua constatare, in urma controlului efectuat, a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate (cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 59 lit. x);

i) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive, in cazul cabinetelor

medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor in cazul carora s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

j) odata cu prima constatare dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 67 alin. (1), (2) si (4), precum si la prima constatare dupa aplicarea masurii prevazute la art. 67 alin. (3).

Articolul 69

Contractul de furnizare de servicii medicale de medicina dentara inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale de medicina dentara isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

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

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentisti din Romania;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 70 lit. a), cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

Articolul 70

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 58 alin. (1) lit. a)-c) si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 59 lit. v), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;

b) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) nerespectarea de catre furnizorii de servicii medicale a obligatiei de plata a contributiei la fond, constatata de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor dentisti de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum si pentru unitatile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic si tratament, centrele medicale, centrele de sanatate multifunctionale aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate si care se afla in aceasta situatie.

Capitolul V

Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice

Sectiunea 1 Conditii de eligibilitate

Articolul 71

(1) In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii paraclinice trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

a) sa fie autorizati conform prevederilor legale in vigoare;

b) sa fie evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare;

c) sa depuna, in vederea incheierii contractului, toate documentele necesare in termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice se asigura de medici de specialitate, impreuna cu alt personal de specialitate medico-sanitar si alte categorii de personal si se acorda prin:

a) laboratoare de investigatii medicale paraclinice organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, autorizate si evaluate potrivit dispozitiilor legale in vigoare;

b) unitati medico-sanitare cu personalitate juridica infiintate conform Legii societatilor nr. 31/1990 , republicata, autorizate si evaluate potrivit dispozitiilor legale in vigoare;

c) unitati sanitare ambulatorii de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie, autorizate si evaluate potrivit dispozitiilor legale in vigoare;

d) laboratoarele din centrele de sanatate multifunctionale, fara personalitate juridica, si laboratoarele din structura spitalelor, inclusiv ale celor din reseaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti;

e) centre de diagnostic si tratament, centre medicale si centre de sanatate multifunctionale - unitati medicale cu personalitate juridica, autorizate si evaluate potrivit dispozitiilor legale in vigoare.

Articolul 72

(1) Furnizorii de servicii medicale paraclinice incheie contracte cu casele de asigurari de sanatate pentru medicii pe care ii reprezinta, in baza specialitatii obtinute de catre acestia si confirmate prin ordin al ministrului sanatatii. In situatia in care un medic are mai multe specialitati paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii, acesta isi poate desfasura activitatea in baza contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, putand acorda si raporta servicii medicale aferente specialitatilor respective, in conditiile in care furnizorul este inregistrat in registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialitati si autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea unui program de lucru corespunzator.

(2) Numarul necesar de investigatii medicale paraclinice pe total judet si repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologica, investigatii de radiologie si imagistica si explorari functionale, se stabilesc de catre comisia constituita din reprezentanti ai casei de asigurari de sanatate, directiilor de sanatate publica, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai organizatiilor patronale si societatilor profesionale ale medicilor de specialitate din asistenta medicala ambulatorie pentru specialitatile paraclinice, reprezentative la nivel judetean, pe baza unor criterii care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Criteriile aprobate in conditiile legii se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica.

(3) Comisia prevazuta la alin. (2) se constituie prin act administrativ al presedintelui-director general al casei de asigurari de sanatate, ca urmare a desemnarii reprezentantilor institutiilor mentionate la alin. (2), dupa caz, de catre conducatorii acestora, si functioneaza in baza unui regulament-cadru de organizare si functionare unitar, la nivel national, aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Regulamentul-cadru aprobat in conditiile legii se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica.

(4) Casele de asigurari de sanatate incheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, pentru laboratoarele/punctele de lucru/punctele secundare de lucru ale acestora, organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociatiune in participatiune ori investitionala cu o unitate sanitara cu paturi aflata in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, contracte de furnizare de servicii - investigatii medicale paraclinice in ambulatoriu, utilizand sume din fondurile aferente asistentei medicale paraclinice.

(5) Pentru laboratoarele de investigatii medicale paraclinice organizate in cadrul centrelor de sanatate multifunctionale fara personalitate juridica, casele de asigurari de sanatate contracteaza si deconteaza serviciile medicale paraclinice in conditiile contractului-cadru si ale normelor, serviciile realizate conform contractului incheiat fiind decontate din fondul aferent asistentei medicale paraclinice.

- (6) Pentru a intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, toti furnizorii de servicii medicale paraclinice trebuie sa indeplineasca criteriul de calitate prevazut in norme.
- (7) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice incheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru inregistrate si autorizate furnizorul de servicii medicale paraclinice si cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti. Furnizorii de servicii medicale paraclinice pot incheia contracte si cu alte case de asigurari de sanatate, in conditiile prevazute la alin. (8), cu obligatia de a intocmi evidente distincte si de a raporta distinct serviciile realizate conform contractelor incheiate. Prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare, prin urmare casele de asigurari de sanatate nu incheie contracte distincte cu punctele externe de recoltare ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice. In acest sens, furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligatia de a depune la casa de asigurari de sanatate cu care incheie contract o declaratie pe propria raspundere cu privire la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform modelului prevazut in norme.
- (8) In situatia in care in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate nu exista furnizori care sa efectueze unele servicii medicale paraclinice decontate de casele de asigurari de sanatate, casa de asigurari de sanatate poate incheia contract cu furnizori din alte judete, respectiv din municipiul Bucuresti. In acest sens, fiecare casa de asigurari de sanatate prezinta spre avizare la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate o lista a acestor servicii. Contractele incheiate de casele de asigurari de sanatate cu furnizori din alte judete, respectiv din municipiul Bucuresti inceteaza sau se modifica in mod corespunzator pentru acele servicii medicale paraclinice din lista avizata, pentru care casele de asigurari de sanatate incheie ulterior contracte cu furnizori din raza lor administrativ-teritoriala.
- (9) Pentru laboratoarele de investigatii medicale paraclinice organizate in cadrul spitalului care furnizeaza servicii medicale paraclinice in regim ambulatoriu, reprezentantul legal incheie un singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele din structura sa, inclusiv pentru cel din centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica, in conditiile prevazute in norme.
- (10) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator isi stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 7 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, cu exceptia laboratoarelor de anatomie patologica/laboratoarelor de anatomie patologica organizate ca puncte de lucru din structura lor pentru care programul de activitate nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi. Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie si imagistica medicala isi stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistica medicala/laborator de radiologie-imagistica medicala organizat ca punct de lucru din structura sa. In situatia in care in structura unui laborator de analize medicale este organizat si avizat un compartiment de citologie, furnizorul trebuie sa faca dovada ca in cadrul acestuia isi desfasoara activitatea medic/medici de anatomie patologica intr-o forma legala de exercitare a profesiei.
- (11) Fiecare medic de specialitate din specialitatile paraclinice care acorda servicii medicale de specialitate intr-o unitate sanitara din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevazute la art. 71 alin. (2) isi desfasoara activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate. Exceptie fac situatiile in care acelasi furnizor are contract incheiat si cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, precum si medicii de specialitate cu integrare clinica intr-un spital aflat in relatie contractuala cu o casa de

asigurari de sanatate, care pot desfasura activitate in afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, intr-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, astfel incat intreaga activitate desfasurata in relatie cu casa de asigurari de sanatate sa respecte legislatia muncii. In sensul prezentului contract-cadru, prin medicii de specialitate cu integrare clinica intr-un spital se intelege personalul didactic din invatamantul superior medical care are integrare clinica in sectiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unitatii sanitare cu paturi.

(12) Medicii de specialitate din specialitatile paraclinice pot desfasura activitate in laboratoarele de investigatii medicale paraclinice ale spitalului care furnizeaza servicii medicale paraclinice in regim ambulatoriu si in laboratoarele organizate in cadrul centrului de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura aceluiasi spital, in baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

(13) Serviciile medicale din specialitatile paraclinice se acorda numai in baza biletului de trimitere, formular cu regim special, si conform programarilor pentru serviciile programabile.

(14) Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti este obligata sa incheie contracte cu cel putin un furnizor de servicii medicale paraclinice in localitatile/zonele in care aceasta are contracte incheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel incat sa se asigure accesul asiguratilor la servicii medicale paraclinice.

Sectiunea a 2-a Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 73

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate paraclinice prevazuti la art. 71 alin. (2) si casa de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal, pe baza urmatoarelor documente:

a) dovada de evaluare a furnizorului, precum si a punctului de lucru, dupa caz, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca, potrivit legii;

c) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cartii de identitate, dupa caz;

d) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabila la data incheierii contractului; furnizorul are obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului;

f) dovada platii la zi a contributiei la Fond pentru asigurari sociale de sanatate, precum si a contributiei pentru concedii si indemnizatii, pentru cei care au aceasta obligatie legala, efectuata conform prevederilor legale in vigoare si care trebuie prezentata casei de asigurari de sanatate

pana cel tarziu in ultima zi a perioadei de contractare comunicata de casa de asigurari de sanatate;

g) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

h) documentele necesare pentru incadrarea acestora in criteriile de selectie conform conditiilor stabilite prin norme;

i) buletinul de verificare periodica pentru aparatura de radiologie si imagistica medicala, emis conform prevederilor legale in vigoare, pentru aparatura din dotare, dupa caz;

j) avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale in vigoare, pentru aparatura second-hand din dotare;

k) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali, valabil la data incheierii contractului;

l) certificatul de membru al Colegiului Farmacistilor din Romania;

m) copie a documentului care atesta gradul profesional pentru medici, biologi, chimisti, biochimisti;

n) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor;

o) programul de activitate al laboratorului/punctului de lucru/punctului secundar de lucru, dupa caz, programul personalului medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor;

p) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania, pentru fiecare medic;

q) certificat de acreditare in conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 15189, insotit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator;

r) certificat de acreditare in conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2008 sau alt standard adoptat in Romania, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie si imagistica medicala;

s) dovada participarii la schemele de testare a competentei pentru laboratoarele de analize medicale;

s) declaratie pe propria raspundere cu privire la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, al carei model este prevazut in norme;

t) certificat de membru al Ordinului Biochimistilor, Biologilor, Chimistilor in Sistemul Sanitar din Romania, pentru fiecare biolog, chimist, biochimist;

t) autorizatia sanitara de functionare separata pentru fiecare punct extern de recoltare din structura laboratorului/punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator;

u) autorizatia pentru activitatea de transport al probelor biologice recoltate in punctele externe de recoltare;

v) documentele privind detinerea mijloacelor de transport auto individualizate si care sunt utilizate numai pentru activitatea prevazuta la lit. u).

(2) Documentele necesare incheierii contractelor, depuse in copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" si prin semnatura reprezentantului legal, pe fiecare pagina; aceste documente se transmit si in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi depuse/transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata.

Sectiunea a 3-a Drepturile si obligatiile furnizorilor

Articolul 74

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice au urmatoarele obligatii:

a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical si ale asiguratului referitor la respectarea indicatiilor medicale si consecintele nerespectarii acestora;

c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru si ale normelor de aplicare a acestuia, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea se face numai in format electronic;

f) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

g) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

h) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

i) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare

de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

j) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

k) sa asigure acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicala, ori de cate ori se solicita in timpul programului de lucru, in limita competentei si a dotarilor existente;

l) sa asigure acordarea serviciilor medicale asiguratilor fara nicio discriminare;

m) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;

n) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web, precum si pachetul de baza cu tarifele corespunzatoare decontate de casa de asigurari de sanatate; informatiile privind pachetul de servicii medicale si tarifele corespunzatoare serviciilor medicale sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

Lit. n) a art. 74 a fost modificata de pct. 12 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

o) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;

Lit. o) a art. 74 a fost modificata de pct. 12 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

p) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

q) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma

informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

r) sa asigure acordarea serviciilor medicale prevazute in pachetul de servicii medicale de baza;

s) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

s) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetul de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens pentru serviciile prevazute in biletul de trimitere; sa nu incaseze sume pentru acte medicale si servicii/documente efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare investigatiei;

t) sa transmita rezultatul investigatiilor paraclinice medicului de familie care a facut recomandarea si la care este inscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a facut recomandarea investigatiilor medicale paraclinice, acesta avand obligatia de a transmite rezultatele investigatiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicala, medicului de familie pe lista caruia este inscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face si prin intermediul asiguratului;

t) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, daca este cazul; managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice se face electronic prin serviciul pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

Lit. t) a art. 74 a fost modificata de pct. 12 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

u) sa intocmeasca evidente distincte si sa raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor incheiate cu fiecare casa de asigurari de sanatate, dupa caz;

v) sa efectueze investigatiile medicale paraclinice numai in baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate, cu conditia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere sa se afle in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala furnizorul de servicii medicale paraclinice; investigatiile efectuate fara bilet de trimitere nu se deconteaza de casa de asigurari de sanatate.

Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale

paraclinice in ambulatoriu. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale acordate pe teritoriul Romaniei, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice in ambulatoriu;

w) sa verifice biletele de trimitere in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

x) sa utilizeze numai reactivi care intra in categoria dispozitivelor medicale in vitro si au declaratii de conformitate CE emise de producatori si sa practice o evidenta de gestiune cantitativ-valorica corecta si la zi pentru reactivi in cazul furnizorilor de investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) sa asigure mentenanta si intretinerea aparatelor din laboratoarele de investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificatiilor tehnice, cu firme avizate in conformitate cu prevederile legale in vigoare, iar controlul intern si inregistrarea acestuia sa se faca conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;

z) sa faca dovada indeplinirii criteriului de calitate ca parte componenta a criteriilor de selectie, in conditiile prevazute in norme, pe toata perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator; analizele medicale prevazute in pachetul de baza pentru care se solicita certificatul de acreditare se stabilesc prin norme;

aa) sa puna la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fise tehnice - cu privire la tipul si cantitatea reactivilor achizitionati si care au fost utilizati pentru toate investigatiile medicale paraclinice efectuate in perioada pentru care se efectueaza controlul, investigatii medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, precum si pentru orice alte investigatii de acelasi tip efectuate in afara relatiei contractuale cu casa de asigurari de sanatate in perioada pentru care se efectueaza controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative anterior mentionate se sanctioneaza conform legii si conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. In situatia in care casa de asigurari de sanatate sesizeaza neconcordante intre investigatiile medicale efectuate in perioada verificata si cantitatea de reactivi achizitionati conform facturilor si utilizati in efectuarea investigatiilor, aceasta sesizeaza mai departe institutiile abilitate de lege sa efectueze controlul unitatii respective. In situatia in care, ca urmare a controlului desfasurat de catre institutiile abilitate, se stabileste vinovatia furnizorului, potrivit legii, contractul in derulare se reziliaza de plin drept de la data luarii la cunostinta de notificarea privind rezilierea contractului, emisa in baza deciziei executorii dispuse in cauza respectiva, cu recuperarea contravalorii tuturor serviciilor medicale paraclinice efectuate de furnizor in perioada verificata de institutiile abilitate si decontate de catre casa de asigurari de sanatate;

ab) sa asigure prezenta unui medic cu specialitatea medicina de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist in fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligatia ca pentru cel putin o norma pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru sa fie acoperit de medic/medici de laborator care isi desfasoara intr-o forma legala profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; sa asigure prezenta unui medic de radiologie si imagistica medicala in fiecare laborator de radiologie si

imagistica medicala/punct de lucru din structura furnizorului, pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru respectivul laborator/punct de lucru; sa asigure prezenta unui medic cu specialitatea anatomie patologica, pentru fiecare laborator de anatomie patologica/ laborator de anatomie patologica organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel putin o norma/zi (6 ore);

ac) sa prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodica, emis conform prevederilor legale in vigoare, pentru aparatura din dotare, dupa caz. Aceasta prevedere reprezinta conditie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), in vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevazute in norme;

ad) sa consemneze in buletinele care cuprind rezultatele investigatiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate si limitele de normalitate ale acestora;

ae) sa stocheze in arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigatiilor medicale paraclinice de radiologie si imagistica medicala, in conformitate cu specificatiile tehnice ale aparatului si in conditiile prevazute in norme, pentru asiguratii carora le-au furnizat aceste servicii;

af) sa nu incheie contracte cu alti furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigatiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia furnizorilor de servicii de sanatate conexe actului medical, organizati conform Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2000 , aprobata cu modificari prin Legea nr. 598/2001 ;

ag) sa transmita lunar, odata cu raportarea, in vederea decontarii serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzand evidenta biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care insoteste factura;

ah) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in prezenta hotarare si in norme;

ai) sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

aj) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

ak) sa transmita zilnic caselor de asigurari de sanatate, in formatul electronic pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; nerespectarea transmiterii pe perioada derularii contractului la a treia constatare in cadrul unei luni conduce la rezilierea acestuia;

al) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

am) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a

asigurarilor de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

Lit. am) a art. 74 a fost modificata de pct. 12 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

an) sa prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate dovada efectuarii controlului de calitate intern, pe nivele normale si patologice, pentru fiecare zi in care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; in cazul in care furnizorul nu poate prezenta aceasta dovada, contractul se reziliaza de plin drept;

ao) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in conditiile lit. am), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

Lit. ao) a art. 74 a fost modificata de pct. 12 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

Articolul 75

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

- c) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate din Fond, conform prevederilor legale in vigoare;
- d) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;
- e) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;
- f) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea in format electronic cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii.

Sectiunea a 4-a Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Articolul 76

In relatiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizati si evaluati si sa faca publica in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza carora s-a stabilit valoarea de contract si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii; criteriile si punctajele aferente pe baza carora s-a stabilit valoarea de contract sunt afisate de catre casa de asigurari de sanatate in formatul pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

Lit. a) a art. 76 a fost modificata de pct. 13 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, raportarea in vederea decontarii se face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

d) sa informeze in prealabil, in termenul prevazut la art. 186 alin. (1), furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

- e) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii medicale paraclinice, la termenele prevazute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;
- f) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;
- g) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor, cu ocazia decontarii lunare, motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;
- h) sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala numele si codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;
- i) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate in baza biletelor de trimitere utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate;
- j) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice numai daca medicii au competenta legala necesara si au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, in conditiile prevazute in norme;
- k) sa contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv sa deconteze serviciile medicale efectuate, raportate si validate, prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe serviciu medical, in conditiile stabilite prin norme;
- l) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au incheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, cu conditia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere sa se afle in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala furnizorul de servicii medicale paraclinice si numai in conditiile in care furnizorul respectiv nu are contract incheiat si cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti;
- m) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare.

Sectiunea a 5-a Contractarea si decontarea serviciilor medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice

Articolul 77

(1) Modalitatea de plata a furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice este tariful pe serviciu medical, exprimat in lei.

(2) Suma cuvenita se stabileste in functie de numarul de servicii medicale si de tarifele aferente acestora. Conditiiile contractarii si conditiile acordarii serviciilor medicale sunt prevazute in norme. Suma contractata de furnizorii de servicii medicale paraclinice pe an se defalca pe trimestre si luni si se regularizeaza lunar, conform normelor. Casele de asigurari de sanatate contracteaza si deconteaza servicii medicale paraclinice la tarifele negociate care nu pot fi mai mari decat cele prevazute in norme sau la tarifele prevazute in norme, dupa caz, in conditiile stabilite prin norme.

Articolul 78

(1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza serviciile medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile paraclinice pe baza biletelor de trimitere eliberate, in conditiile stabilite prin norme, de catre:

- a) medicii de familie aflati in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate;
- b) medicii de specialitate din unitatile ambulatorii, aflati in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate;
- c) medicii din cabinetele medicale de unitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale, aflati in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate;
- d) medicii dentisti si dentistii din cabinetele stomatologice scolare si studentesti, numai pentru elevi, respectiv studenti, medicii dentisti si dentistii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentara retroalveolara si panoramica;
- e) medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, in laboratoare de sanatate mintala, respectiv in centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica.

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. d) si e), casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu medicii respectivi, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre acestia pentru investigatii medicale paraclinice. Medicii prevazuti la lit. d) si e) incheie, direct sau prin reprezentant legal, dupa caz, conventie cu o singura casa de asigurari de sanatate, respectiv cu cea in a carei raza administrativ-teritoriala se afla cabinetul/unitatea in care acestia isi desfasoara activitatea, cu exceptia dentistilor/medicilor dentisti din cabinetele stomatologice din penitenciare care incheie conventie cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti pentru investigatii paraclinice de radiologie dentara.

(3) Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au incheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, in conditiile respectarii prevederilor art. 74 lit. v) si numai in conditiile in care furnizorul respectiv nu are contract incheiat si cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti.

Articolul 79

Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze lunar, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate in luna anterioara, potrivit contractelor incheiate intre furnizorii de servicii medicale ambulatorii si casele de

asigurari de sanatate, pe baza documentelor prezentate de furnizori pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale.

Sectiunea a 6-a Sanctiuni, conditii de reziliere, suspendare si incetare a contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice

Articolul 80

(1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/ medicului, a programului de lucru prevazut in contract:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 74 lit. b), c), e)-g), i)-r), t), t), u), w), x), y), ag), ah), aj) si al) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente nerespectarea obligatiei prevazute la art. 74 lit. v) si/sau serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, se recupereaza contravaloarea acestor servicii si se diminueaza cu 10% valoarea de contract aferenta lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(4) Retinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(3) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(5) Pentru cazurile prevazute la alin. (1)-(3), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(3) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(7) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(3) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Articolul 81

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

- b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
- e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;
- f) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentelor medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;
- g) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate - cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
- h) odata cu prima constatare dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 80 alin. (1) si (2), precum si odata cu prima constatare dupa aplicarea masurii de la art. 80 alin. (3) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare - in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate, pentru care au incheiat contract cu aceasta, rezilierea opereaza odata cu prima constatare dupa aplicarea la nivelul furnizorului a masurilor prevazute la art. 80 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de catre fiecare filiala, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; daca la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplica masurile prevazute la art. 80 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de catre aceeasi filiala sau de catre acelasi punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului opereaza numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se inregistreaza aceste situatii si se modifica corespunzator contractul;
- i) in cazul nerespectarii obligatiei prevazute la art. 74 lit. ab); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare - in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate, pentru care au incheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului opereaza numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se inregistreaza aceasta situatie si se modifica corespunzator contractul;
- j) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 72 alin. (11) si a obligatiilor prevazute la art. 74 lit. s), z), ac)-af);
- k) refuzul furnizorului de a pune la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative mentionate la art. 74 lit. aa);

l) furnizarea de servicii medicale paraclinice in sistemul asigurarilor sociale de sanatate de catre filialele/punctele de lucru excluse din contractele incheiate intre furnizorii de servicii medicale paraclinice si casele de asigurari de sanatate dupa 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 intelege punct extern de recoltare - aflate in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate si pentru care au incheiat contract cu aceasta, conditiile de reziliere a contractelor prevazute la alin. (1) lit. e), g) si l) si art. 74 lit. e), f), i) si o) se aplica la nivel de societate; restul conditiilor de reziliere prevazute la alin. (1) se aplica corespunzator pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se inregistreaza aceste situatii, prin excluderea acestora din contract si modificarea contractului in mod corespunzator.

Articolul 82

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

a4) a survenit decesul titularului laboratorului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea in conditiile legii;

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 83 alin. (1) lit. a) - cu exceptia revocarii 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 intelege punct extern de recoltare) aflate in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate si pentru care au incheiat contract cu aceasta, conditiile de incetare prevazute la alin. (1) se aplica furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, dupa caz.

Articolul 83

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricarui dintre documentele prevazute la art. 73 alin. (1) lit. a)-c), q) si r) si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 74 lit. s), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;

b) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) nerespectarea de catre furnizorii de servicii medicale a obligatiei de plata a contributiei la Fond, constatata de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie;

f) in situatia in care casa de asigurari de sanatate/Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sesizeaza neconcordanțe între investigatiile medicale efectuate in perioada verificata si cantitatea de reactivi achizitionati conform facturilor si utilizati in efectuarea investigatiilor.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare) aflate in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate si pentru care au incheiat contract cu aceasta, conditiile de suspendare prevazute la alin. (1) se aplica furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, dupa caz.

Capitolul VI

Servicii medicale in unitati sanitare cu paturi

Sectiunea 1 Conditii de eligibilitate in asistenta medicala spitaliceasca

Articolul 84

(1) In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

a) sa fie autorizati conform prevederilor legale in vigoare;

b) sa fie evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare;

c) sa depuna, in vederea incheierii contractului, toate documentele necesare la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Casele de asigurari de sanatate incheie contracte cu spitalele numai pentru sectiile/compartimentele care indeplinesc conditiile de desfasurare a activitatii in conformitate cu actele normative in vigoare elaborate de Ministerul Sanatatii cu privire la personalul de specialitate, corespunzator specialitatii sectiei/compartimentului, si cu privire la dotarile necesare pentru functionare.

(3) Casele de asigurari de sanatate incheie contracte pentru servicii medicale spitalicesti in regim de spitalizare de zi cu unitatile sanitare care nu incheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti in spitalizare continua, autorizate de Ministerul Sanatatii, inclusiv in centrele de sanatate multifunctionale cu personalitate juridica, numai daca acestea asigura prezenta a cel putin un medic de specialitate pentru un program de activitate de minimum 7 ore/zi in specialitati medicale si/sau de minimum 7 ore/zi in specialitati chirurgicale, dupa caz.

Articolul 85

Spitalele incheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti cu casa de asigurari de sanatate, in conditiile prezentului contract-cadru, daca la data intrarii in vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigura continuitatea asistentei medicale cu cel putin doua linii de garda, dintre care cel putin o linie de garda asigurata la sediul unitatii sanitare cu paturi, organizate si aprobate in conformitate cu prevederile legale in vigoare. Spitalele de specialitate, spitalele de cronici si penitenciarele-spital incheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti cu casa de asigurari de sanatate, in conditiile prezentului contract-cadru, daca la data intrarii in vigoare a prevederilor prezentei hotarari asigura continuitatea activitatii medicale cu cel putin o linie de garda organizata si aprobata in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

Sectiunea a 2-a Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 86

(1) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre unitatile sanitare cu paturi si casele de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal pe baza urmatoarelor documente:

a) dovada de evaluare a furnizorului, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca, potrivit legii;

c) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare;

d) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabila la data incheierii contractului; furnizorul are obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului;

f) dovada platii la zi a contributiei la Fond pentru asigurari sociale de sanatate, precum si a contributiei pentru concedii si indemnizatii, pentru cei care au aceasta obligatie legala, efectuata conform prevederilor legale in vigoare si care trebuie prezentata casei de asigurari de sanatate

- pana cel tarziu in ultima zi a perioadei de contractare comunicata de casa de asigurari de sanatate;
- g) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;
- h) lista afectiunilor care nu pot fi diagnosticate, investigate si tratate in ambulatoriu/spitalizare de zi si care impun internarea in regim de spitalizare continua, prezentata de fiecare furnizor in format electronic si pe suport hartie;
- i) lista medicamentelor - denumiri comune internationale, denumite in continuare DCI, si forma farmaceutica - utilizate pe perioada spitalizarii pentru afectiunile pe care spitalul le trateaza in limita specialitatilor din structura, care are ca scop asigurarea tratamentului pacientilor internati si monitorizarea consumului de medicamente pentru intocmirea decontului de cheltuieli ce se elibereaza pacientului - prezentata de fiecare furnizor in format electronic si pe suport hartie;
- j) lista investigatiilor paraclinice care nu pot fi efectuate in ambulatoriu pentru rezolvarea cazurilor si care impun internarea pentru spitalizarea de zi, prezentata de fiecare furnizor in format electronic si pe suport hartie;
- k) structura organizatorica aprobata sau avizata, dupa caz, de Ministerul Sanatatii, in vigoare la data incheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurari de sanatate;
- l) documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate in regim de spitalizare de zi, documente care se stabilesc prin norme;
- m) indicatorii specifici stabiliti prin norme, precum si nivelul indicatorilor de performanta ai managementului spitalului public asumat prin contractul de management, cu exceptia spitalelor care au manageri interimari, numiti prin ordin al ministrului sanatatii, in cazul spitalelor publice din reseaua Ministerului Sanatatii, sau, in cazul ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie, prin act administrativ al institutiilor respective;
- n) declaratia pe propria raspundere a managerului spitalului ca aplica protocoalele de practica medicala elaborate conform prevederilor legale in vigoare;
- o) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania pentru fiecare medic, valabil la data incheierii contractului si pe toata perioada derularii contractului;
- p) copie de pe ordinul ministrului sanatatii privind clasificarea spitalului, dupa caz;
- q) documentul prin care spitalul face dovada asigurarii continuitatii asistentei medicale cu o linie/doua linii de garda, conform art. 85;
- r) declaratie pe propria raspundere pentru medicii care se vor afla sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate ca isi desfasoara activitatea in baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicesci incheiat cu casa de asigurari de sanatate, cu exceptia situatiilor prevazute la art. 87 alin. (2);
- s) copie de pe actul doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor;
- s) documentul prin care se face dovada ca spitalul a fost acreditat/a solicitat acreditarea in conditiile legii;

t) declaratie pe propria raspundere a managerului spitalului ca aplica criteriile de internare pentru lista de afectiuni prevazuta la lit. h), precum si ca asigura managementul listei de asteptare pentru internarile programabile, conform nivelului de competenta al spitalului;

t) declaratie pe propria raspundere a managerului spitalului privind estimarea procentelor serviciilor medicale corespunzatoare spitalizarilor continue evitabile care se transfera pentru tratament in ambulatoriu/spitalizare de zi;

u) decizia managerului spitalului privind aprobarea metodologiei proprii de rambursare, la cererea asiguratilor, a cheltuielilor efectuate pe perioada internarii in situatiile prevazute la art. 98.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor, depuse in copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" si prin semnatura reprezentantului legal, pe fiecare pagina; aceste documente se transmit si in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi depuse/transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata.

Sectiunea a 3-a Conditii specifice

Articolul 87

(1) Reprezentantul legal incheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul sau cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti. Spitalele din reseaua apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti incheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicesti numai cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, avandu-se in vedere la contractare si decontare activitatea medicala acordata asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care sunt luati in evidenta. Spitalele din reseaua Ministerului Transporturilor incheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicesti cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi au sediul, avandu-se in vedere la contractare si decontare activitatea medicala acordata asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care sunt luati in evidenta.

(2) Fiecare medic de specialitate care acorda servicii medicale de specialitate intr-un spital isi desfasoara activitatea in baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti incheiat cu casa de asigurari de sanatate, cu exceptia zonelor/localitatilor deficitare din punctul de vedere al existentei medicilor de o anumita specialitate, situatie in care un medic poate acorda servicii medicale spitalicesti, in baza a doua contracte de furnizare de servicii medicale spitalicesti in unitati sanitare distincte, cu respectarea legislatiei muncii.

Alin. (2) al art. 87 a fost modificat de pct. 14 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

(3) Stabilirea zonelor/localitatilor deficitare din punctul de vedere al existentei medicilor de o anumita specialitate se face de catre o comisie formata din reprezentanti ai caselor de asigurari de sanatate, ai directiilor de sanatate publica, ai colegiilor teritoriale ale medicilor si ai administratiei

publice locale, pe baza unor criterii care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Criteriile aprobate in conditiile legii se publica pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica.

(4) Comisia prevazuta la alin. (3) se constituie prin act administrativ al presedintelui-director general al casei de asigurari de sanatate, ca urmare a desemnarii reprezentantilor institutiilor mentionate la alin. (3) de catre conducatorii acestora, si functioneaza in baza unui regulament-cadru de organizare si functionare unitar la nivel national, aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Regulamentul-cadru aprobat in conditiile legii se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica.

Articolul 88

(1) Serviciile medicale spitalicesti sunt preventive, curative, de recuperare si paliative si cuprind: consultatii, investigatii, stabilirea diagnosticului, tratamente medicale si/sau chirurgicale, ingrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare si masa, dupa caz, in functie de tipul de spitalizare.

(2) In unitatile sanitare autorizate de Ministerul Sanatatii, inclusiv in centrele de sanatate multifunctionale cu personalitate juridica, se pot acorda servicii medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi pentru asiguratii care nu necesita internare continua, suportate din fondurile aferente asistentei medicale spitalicesti si decontate prin tarif pe serviciu medical si/sau tarif pe caz rezolvat, stabilite prin norme si in conditiile prevazute in norme.

Articolul 89

(1) Serviciile medicale spitalicesti se acorda asiguratilor pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitatile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitatile de asistenta medico-sociala, medicii din centrele de dializa private aflate in relatie contractuala cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate/casele de asigurari de sanatate, dupa caz, medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, in laboratoare de sanatate mintala, respectiv in centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, in cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate si care se afla in structura spitalelor ca unitati fara personalitate juridica, precum si de medicii de medicina muncii. Casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu unitatile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate si care se afla in structura spitalelor ca unitati fara personalitate juridica, precum si cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale in vigoare, in vederea recunoasterii biletelor de internare eliberate de catre medicii care isi desfasoara activitatea in aceste unitati.

(2) Fac exceptie de la prevederile alin. (1) situatiile prevazute la cap. I lit. C pct. 1 si la cap. II lit. F pct. 12 din anexa nr. 1.

(3) Pacientii care prezinta un bilet de internare vor putea fi programati pentru internare, in functie de afectiune si de gravitatea semnelor si simptomelor prezentate si de disponibilitatea serviciilor unitatii spitalicesti solicitate.

Articolul 90

- (1) Modalitatile de contractare de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor medicale se stabilesc prin norme.
- (2) Valoarea totala contractata de casele de asigurari de sanatate cu spitalele se constituie din urmatoarele sume, dupa caz:
- a) suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti a caror plata se face pe baza de tarif pe caz rezolvat - sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialitati, finantata din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca. Tariful pe caz rezolvat - sistem DRG se stabileste pe baza indicelui de complexitate a cazurilor, denumit in continuare ICM, si a tarifului pe caz ponderat, denumit in continuare TCP. Metodologia de stabilire a ICM-ului si TCP-ului utilizate la contractarea serviciilor medicale spitalicesti este prevazuta in norme. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialitati se stabileste prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate in conditiile prevazute in norme si nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut in norme;
 - b) suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti a caror plata se face pe baza de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/sectiile care nu se incadreaza in prevederile lit. a), finantata din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca. Tariful pe zi de spitalizare se stabileste prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut in norme;
 - c) suma aferenta programelor nationale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale si servicii de tratament si/sau diagnostic, finantata din fondul alocat pentru programele nationale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al carui model se stabileste prin normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;
 - d) suma pentru serviciile de supleere renala, inclusiv medicamente si materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacientilor hemodializati de la si la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor si al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacientilor, acordate in cadrul Programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica din cadrul programelor nationale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al carui model se stabileste prin normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;
 - e) sume pentru serviciile medicale efectuate in cabinete medicale de specialitate in oncologie medicala, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, in cabinetele de planificare familiala in care isi desfasoara activitatea medici cu specialitatea obstetrica-ginecologie si in cabinetele de boli infectioase care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, precum si in cabinetele de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului si cabinetele de specialitate din centrele de sanatate multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalului, finantate din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitatile clinice;
 - f) sume pentru investigatii paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate in laboratoarele din centrele multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalelor, in conditiile stabilite prin norme, finantate din fondul alocat asistentei medicale paraclinice;
 - g) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate in regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate in centrele multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura

spitalelor, finantate din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca, in conditiile prevazute prin norme, a caror plata se face prin tarif pe serviciu medical, respectiv prin tarif pe caz rezolvat;

h) sume pentru serviciile medicale paliative efectuate in regim de spitalizare continua, daca acestea nu pot fi efectuate in conditiile asistentei medicale la domiciliu, finantate din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca, in conditiile prevazute prin norme, a caror plata se face prin tarif pe zi de spitalizare. Tariful pe zi de spitalizare se stabileste prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut in norme;

i) sume pentru servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu in conditiile stabilite prin hotarare si prin norme, finantate din fondul alocat pentru servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu.

(3) Cheltuielile ocazionate de activitatile desfasurate in camerele de garda si in structurile de urgenta din cadrul spitalelor pentru care finantarea nu se face din bugetul Ministerului Sanatatii/ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continua, sunt cuprinse in structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialitati. Cazurile pentru care se acorda servicii medicale in aceste structuri din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate in regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continua si sunt contractate distinct si decontate prin tarif pe serviciu medical. Sumele contractate pentru serviciile medicale in regim de spitalizare de zi in cadrul acestor structuri se evidentiaza distinct in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate in ambulatoriu sau in regim de spitalizare de zi in structurile organizate in cadrul unei unitati sanitare cu paturi, a caror plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte sau prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical, sunt cuprinse in structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialitati aferent spitalizarii continue, in situatiile in care cazurile sunt internate in aceeasi unitate sanitara prin spitalizare continua si in aceeasi zi in care asiguratul a beneficiat de servicii medicale in ambulatoriu sau in regim de spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acorda servicii medicale in ambulatoriul unitatii sanitare cu paturi si decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte sau in regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical sunt considerate cazuri rezolvate in ambulatoriu sau in regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continua.

(5) Sumele prevazute la alin. (2) lit. e), f) si i) se alocă prin incheierea de contracte distincte corespunzatoare tipului de asistenta medicala, incheiate de spitale cu casele de asigurari de sanatate.

Articolul 91

(1) La contractarea serviciilor medicale spitalicesti, casele de asigurari de sanatate vor avea in vedere 94% din fondurile aprobate cu aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate.

(2) Diferenta de 6% din fondul cu destinatie servicii medicale spitalicesti ce nu a fost contractata initial se utilizeaza astfel:

a) 5% pentru decontarea cazurilor externate prevazute la art. 100 si pentru situatii justificate ce pot aparea in derularea contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicesti, in conditiile prevazute in norme;

b) 1% pentru complexitatea suplimentara a cazurilor in ceea ce priveste comorbiditatea si numarul de zile de ingrijiri acordate in cadrul sectiilor/compartimentelor de terapie intensiva, in conditiile stabilite prin norme.

Sectiunea a 4-a Obligatiile si drepturile spitalelor

Articolul 92

(1) In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele obligatii:

a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical si ale asiguratului referitoare la respectarea indicatiilor medicale si consecintele nerespectarii acestora;

c) sa respecte confidentialitatea datelor si informatiilor privitoare la asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru si ale normelor de aplicare a acestuia, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea se face numai in format electronic;

f) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

Lit. f) a alin. (1) al art. 92 a fost modificata de pct. 15 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

g) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

h) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

i) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

k) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

l) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate si sa il elibereze, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa asigure utilizarea formularului electronic de prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope de la data la care acesta se implementeaza; sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii, corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

m) sa asigure acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicala, ori de cate ori se solicita in timpul programului de lucru, in limita competentei si a dotarilor existente;

n) sa asigure acordarea serviciilor medicale asiguratilor fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;

p) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web, precum si pachetul de servicii minimal si de baza cu tarifele corespunzatoare decontate de casa de asigurari de sanatate; informatiile privind pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare serviciilor medicale sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

Lit. p) a alin. (1) al art. 92 a fost modificata de pct. 15 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

q) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in prezenta hotarare si in norme;

r) sa verifice calitatea de asigurat in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

s) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008 , cu modificarile si completarile ulterioare;

s) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare bilunara/lunara/trimestriala, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;

Lit. s) a alin. (1) al art. 92 a fost modificata de pct. 15 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

t) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

t) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

u) sa asigure acordarea serviciilor medicale prevazute in pachetele de servicii medicale;

v) sa incaseze sumele reprezentand coplata pentru serviciile medicale spitalicesti de care au beneficiat asiguratii, cu respectarea prevederilor legale in vigoare; sa incaseze de la asigurati contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora, al carei quantum este prevazut in norme;

w) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre unitatile sanitare de recuperare medicala/recuperare, medicina fizica si balneologie cu paturi sau in ambulatoriu si prescriptia medicala electronica in ziua externarii pentru

medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond;

x) sa recomande asiguratilor tratamentul, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

y) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

z) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

aa) sa informeze medicul de familie al asiguratului ori, dupa caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicala sau bilet de iesire din spital, cu obligatia ca acesta sa contina explicit toate elementele prevazute in scrisoarea medicala, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigatiile, tratamentele efectuate si cu privire la alte informatii referitoare la starea de sanatate a asiguratului; scrisoarea medicala sau biletul de iesire din spital sunt documente tipizate care se intocmesc la data externarii, intr-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea in ziua externarii a prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, pentru unele materiale sanitare, recomandarea de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporara de munca, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru;

ab) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, dupa caz. Managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale spitalicesti se face electronic prin serviciul pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

Lit. ab) a alin. (1) al art. 92 a fost modificata de pct. 15 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

ac) sa transmita institutiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementarilor in vigoare;

ad) sa verifice biletele de internare in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

ae) sa raporteze lunar casei de asigurari de sanatate numarul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgente, cu evidentierea numarului cazurilor internate, in conditiile stabilite prin norme;

af) sa raporteze corect si complet consumul de medicamente conform prevederilor legale in vigoare si sa publice pe site-ul propriu suma totala aferenta acestui consum suportata din bugetul Fondului si al Ministerului Sanatatii; spitalul care nu are pagina web proprie informeaza despre acest lucru casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, care va posta pe site-ul propriu suma totala aferenta acestui consum;

ag) sa monitorizeze gradul de satisfactie al asiguratilor prin realizarea de sondaje de opinie in ceea ce priveste calitatea serviciilor medicale furnizate asiguratilor conform unui chestionar standard, prevazut in norme;

ah) sa respecte pe perioada derularii contractului protocoalele de practica medicala elaborate si aprobate conform prevederilor legale;

ai) sa afiseze lunar pe pagina web creata in acest scop de Ministerul Sanatatii, pana la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioara, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sanatatii si al ministrului finantelor publice, situatia privind executia bugetului de venituri si cheltuieli al spitalului public si situatia arieratelor inregistrate;

aj) sa deconteze, la termenele prevazute in contractele incheiate cu tertii, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

ak) sa asigure transportul interspitalicesc pentru pacientii internati sau transferati, care nu se afla in stare critica, cu autospecialele pentru transportul pacientilor din parcul auto propriu; daca unitatea spitaliceasca nu are in dotare astfel de autospeciale sau daca este depasita capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienti pe baza unui contract incheiat cu unitati specializate, autorizate si evaluate; pentru spitalele publice, incheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizitiile publice;

al) sa asigure transportul interspitalicesc pentru pacientii internati sau transferati care reprezinta urgente sau se afla in stare critica numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgenta prespitaliceasca;

am) sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

an) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul prescriptor in conditiile prevazute in norme;

ao) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ap) sa asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de trimitere catre unitatile sanitare de recuperare, medicina fizica si balneologie/recuperare medicala cu paturi in vederea internarii sau in ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurari sociale de sanatate, si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate;

aq) sa respecte metodologia aprobata prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurati pe perioada internarii, in regim de spitalizare continua si de zi;

ar) sa elibereze, pentru asiguratii internati cu boli cronice confirmate, care sunt in tratament pentru boala/bolile cronice cu medicamente, altele decat medicamentele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare si/sau cu medicamente si materialele sanitare din programele nationale de sanatate, documentul al carui model este prevazut in norme; documentul sta la baza eliberarii prescriptiei medicale in regim ambulatoriu de catre medicul de familie si medicul de specialitate din ambulatoriu in perioada in care asiguratul este internat in spital;

Lit. ar) a alin. (1) al art. 92 din anexa 2 a fost modificata de pct. 9 al art. II din HOTARAREA nr. 18 din 12 ianuarie 2017 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 46 din 17 ianuarie 2017.

as) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza si pachetul minimal furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in conditiile lit. f) in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

Lit. as) a alin. (1) al art. 92 a fost modificata de pct. 15 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

(2) In situatia in care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acorda serviciile medicale de urgenta necesare, avand obligatia sa evalueze situatia medicala a pacientului si sa extemeze pacientul daca starea de sanatate a acestuia nu mai reprezinta urgenta. La solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de catre acesta. Spitalul are obligatia de a anunta casa de asigurari de sanatate cu care a incheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienti, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicala a internarii de urgenta. In aceasta situatie, casele de asigurari de sanatate deconteaza spitalului contravaloarea serviciilor medicale in conditiile stabilite prin norme.

(3) Cazurile care fac obiectul internarii prin spitalizare de zi si au fost rezolvate prin spitalizare continua la solicitarea asiguratului se raporteaza distinct la casele de asigurari de sanatate si se deconteaza de catre acestea la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizarii de zi, diferenta fiind suportata de asigurat.

(4) Ministerul Sanatatii analizeaza trimestrial executia bugetului de venituri si cheltuieli ale unitatilor sanitare publice cu paturi, in vederea luarii masurilor ce se impun, conform prevederilor legale in vigoare.

Articolul 93

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate unitatile sanitare cu paturi au urmatoarele drepturi:

- a) sa primeasca contravaloarea serviciilor medicale contractate si validate, in limita valorii de contract stabilite, precum si in conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sanatatii, in conditiile prevazute in norme;
- b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;
- c) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate din Fond, conform prevederilor legale in vigoare;
- d) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauze suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;
- e) sa incaseze sumele reprezentand coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguratii, conform prevederilor legale in vigoare;
- f) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;
- g) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii.

Sectiunea a 5-a Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Articolul 94

In relatiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizati si evaluati si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;
- b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea in vederea decontarii se poate face numai in format electronic;
- c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;
- d) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 186 alin. (1) furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare

in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

f) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum si contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu si fara contributie personala, materiale sanitare, dispozitive medicale si ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza biletelor de trimitere/recomandarilor medicale si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acestia, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescriptiilor medicale si recomandarilor. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare;

g) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

h) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

i) sa deconteze, in primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor in luna precedenta, pe baza facturii si a documentelor insotitoare depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti, cu incadrarea in sumele contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor insotitoare depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti; trimestrial se fac regularizari, in conditiile prevazute in norme;

j) sa tina evidenta externarilor pe asigurat, in functie de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta acesta;

k) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicesti; in cazul serviciilor medicale spitalicesti acordate in baza biletelor de internare, acestea se deconteaza daca biletele de internare sunt cele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

l) sa monitorizeze activitatea desfasurata de spitale in baza contractului incheiat, astfel incat decontarea cazurilor externate si raportate sa se incadreze in sumele contractate, in functie de realizarea indicatorilor negociati conform normelor;

m) sa verifice prin actiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate in regim de spitalizare continua, precum si respectarea protocoalelor de practica medicala;

n) sa monitorizeze internarile de urgenta, in functie de tipul de internare, asa cum este definit prin Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.782/576/2006 privind inregistrarea si raportarea statistica a pacientilor care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi, cu evidentierea cazurilor care au fost inregistrate la nivelul structurilor de primiri urgente din cadrul spitalului, cu modificarile si completarile ulterioare;

o) sa monitorizeze lunar/trimestrial internarile prin spitalizare continua si prin spitalizare de zi in vederea reducerii internarilor nejustificate, conform normelor;

p) sa verifice respectarea de catre furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asigurati pe perioada internarii, in regim de spitalizare continua si de zi.

Sectiunea a 6-a Decontarea serviciilor medicale spitalicesti

Articolul 95

(1) Modalitatile de plata a serviciilor medicale spitalicesti contractate cu casele de asigurari de sanatate se stabilesc prin norme si pot fi, dupa caz:

a) tarif pe caz rezolvat: sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialitati stabilit in conditiile prevazute la art. 90 alin. (2) lit. a);

b) tarif pe zi de spitalizare pe baza de indicatori specifici, stabiliti prin norme, pentru spitalele/sectiile la care nu se aplica prevederile lit. a), inclusiv pentru sectiile/compartimentele de ingrijiri paliative. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit in conditiile prevazute la art. 90 alin. (2) lit. b), respectiv lit. h);

c) tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical pentru serviciile medicale de tip spitalicesc acordate in regim de spitalizare de zi, prevazute in actele normative in vigoare.

(2) Spitalele beneficiaza, de asemenea, si de:

a) sume aferente programelor nationale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale si servicii de tratament si/sau diagnostic, pe baza unor contracte distincte incheiate cu casele de asigurari de sanatate, ale caror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate, aprobate prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

b) sume pentru serviciile de supleere renala, inclusiv medicamente si materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacientilor hemodializati de la si la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor si al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacientilor, acordate in cadrul Programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica din cadrul programelor nationale cu scop curativ, pe baza unor contracte distincte incheiate cu casele de asigurari de sanatate, ale caror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate, aprobate prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

c) sume pentru serviciile medicale efectuate in cabinete medicale de specialitate in oncologie medicala, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, boli infectioase si in cabinetele de planificare familiala in care isi desfasoara activitatea medici cu specialitatea obstetrica-ginecologie care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, precum si in cabinetele de specialitate integrate ale spitalului si cabinetele de specialitate din centrele de sanatate

multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalului, finantate din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitatile clinice, in conditiile stabilite prin norme;

d) sume pentru investigatii paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate in centrele multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalelor, finantate din fondul alocat asistentei medicale paraclinice, in conditiile stabilite prin norme;

e) sume pentru servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu in conditiile stabilite prin prezenta hotarare si prin norme, finantate din fondul alocat pentru servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu.

Articolul 96

(1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicesti, cu incadrarea in sumele contractate, in functie de realizarea indicatorilor negociati conform normelor, in urmatoarele conditii:

a) pentru spitalele in care serviciile medicale furnizate se deconteaza pe baza de tarif pe caz rezolvat - DRG sau de tarif mediu pe caz rezolvat pe specialitati, decontarea se face in functie de numarul de cazuri externate, raportate si validate, in limita valorii de contract stabilite si in conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sanatatii, in conditiile prevazute in norme.

Validarea cazurilor rezolvate in vederea decontarii se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient comunicate de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialitati este cel stabilit in conditiile prevazute la art. 90 alin. (2) lit. a);

b) pentru spitalele/sectiile in care serviciile medicale furnizate se deconteaza prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiasi cu cei avuti in vedere la contractare, cu conditia respectarii criteriilor de internare si in conditiile stabilite prin norme, in limita valorii de contract stabilita si in conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sanatatii.

Numarul de cazuri externate si raportate se valideaza de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si numarul de cazuri externate si raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit in conditiile prevazute la art. 90 alin. (2) lit. b);

c) suma aferenta programelor nationale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale si servicii de tratament si/sau diagnostic se deconteaza la nivelul realizarilor, in limita sumei prevazute prin program pentru medicamente si materiale sanitare specifice;

d) suma pentru serviciile de supleere renala, inclusiv medicamente si materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacientilor hemodializati de la si la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor si al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacientilor, acordate in cadrul Programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica din cadrul Programelor nationale cu scop curativ, se deconteaza la nivelul realizarilor, in limita sumei contractate cu aceasta destinatie;

e) sumele pentru serviciile medicale efectuate in cabinete medicale de specialitate in oncologie medicala, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, boli infectioase si in cabinetele de planificare familiala in care isi desfasoara activitatea medici cu specialitatea obstetrica-ginecologie, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, efectuate in regim ambulatoriu, precum si in cabinetele de specialitate integrate ale spitalului si cabinetele de specialitate din centrele de sanatate multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalului, se deconteaza in conditiile specifice ambulatoriului de specialitate;

f) suma pentru investigatii paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate in laboratoarele din centrele multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalelor, se deconteaza in conditiile prevederilor specifice ambulatoriului pentru specialitati paraclinice, in limita sumei contractate;

g) suma pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate in regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate in centrele multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalelor, finantata din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca, se face in functie de numarul de cazuri/servicii, raportate si validate in limita valorii de contract stabilita si in conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sanatatii, in conditiile prevazute in norme.

Validarea cazurilor/serviciilor in regim de spitalizare de zi in vederea decontarii se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient comunicate de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

h) suma pentru serviciile medicale paliative efectuate in regim de spitalizare continua se deconteaza prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiasi cu cei avuti in vedere la contractare, cu conditia respectarii criteriilor de internare si in conditiile stabilite prin norme, in limita valorii de contract stabilita si in conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sanatatii. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit in conditiile prevazute la art. 90 alin. (2) lit. h);

Numarul de cazuri externate si raportate se valideaza de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient comunicate de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

i) suma pentru servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu in conditiile stabilite prin prezenta hotarare si prin norme, finantate din fondul alocat pentru servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu.

(2) Cazurile internate in regim de spitalizare continua care nu au indeplinit criteriile de internare nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate. Cazurile care fac obiectul internarii prin spitalizare de zi si au fost rezolvate prin spitalizare continua la solicitarea asiguratului se deconteaza de casele de asigurari de sanatate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizarii de zi, diferenta fiind suportata de asigurat.

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinterneaza in aceeaasi unitate sanitara sau intr-o alta unitate sanitara, in acelasi tip de ingrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologii de acelasi tip, intr-un interval de 48 de ore de la externare, se realizeaza in procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv in procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, in conditiile stabilite prin norme.

(4) Decontarea cazurilor transferate intr-o alta unitate sanitara, in acelasi tip de ingrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologii de acelasi tip, intr-un interval de 48 de ore de la internare, se realizeaza - la unitatea sanitara de la care a fost transferat cazul - in procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv in procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, in conditiile stabilite prin norme.

Articolul 97

Spitalele au obligatia sa asigure din sumele obtinute potrivit prevederilor art. 96, cu exceptia sumelor pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale si servicii de tratament si/sau diagnostic, acoperite prin programele nationale cu scop curativ si pentru servicii de hemodializa si dializa peritoneala, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:

a) investigatiile paraclinice pentru bolnavii internati, efectuate in alte unitati spitalicesti sau in unitati ambulatorii de specialitate, in situatiile in care spitalul respectiv nu detine dotarea necesara ori aparatura existenta in dotarea acestuia nu este functionala, in conditiile stabilite prin norme; pentru investigatiile paraclinice efectuate in alte unitati sanitare, spitalele intocmesc evidenta distincta si raporteaza lunar catre casele de asigurari de sanatate cu care au incheiat contracte aceste investigatii, precum si unitatea sanitara unde au fost efectuate, utilizand in acest scop formularul prevazut in norme;

b) consultatii interdisciplinare pentru pacientii internati, efectuate in ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unitati sanitare cu paturi, pe baza relatiilor contractuale stabilite intre unitatile sanitare respective. Pentru consultatiile efectuate in alte unitati sanitare, spitalele intocmesc evidenta distincta si raporteaza lunar catre casele de asigurari de sanatate cu care au incheiat contracte aceste consultatii, precum si unitatea sanitara unde au fost efectuate, utilizand in acest scop formularul prevazut in norme;

c) transport interspitalicesc pentru asiguratii internati care necesita conditii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultatiilor si investigatiilor paraclinice, cu exceptia transportului efectuat de serviciile publice de ambulanta pentru pacientii care nu se afla in stare critica si care se afla in unitatile sau compartimentele de primiri urgente si care necesita transport la o alta unitate sanitara ori la o alta cladire apartinand unitatii sanitare respective, in vederea internarii, investigarii sau efectuarii unui consult de specialitate, acesta fiind suportat de catre Ministerul Sanatatii din fondul alocat serviciilor de ambulanta. Pentru transportul interspitalicesc al asiguratilor internati care necesita conditii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultatiilor si investigatiilor paraclinice, spitalele intocmesc evidenta distincta si raporteaza lunar catre casele de asigurari de sanatate cu care au incheiat contracte aceste servicii, precum si unitatea autorizata care a efectuat aceste servicii, utilizand in acest scop formularul prevazut in norme;

d) servicii hoteliere standard - cazare si masa, pentru insotitorii copiilor bolnavi in varsta de pana la 3 ani, precum si pentru insotitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat, in conditiile stabilite prin norme.

Articolul 98

(1) Spitalele sunt obligate sa suporte din suma contractata pentru furnizarea de servicii medicale spitalicesti pentru asiguratii internati in regim de spitalizare continua si in regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din sectiile/compartimentele de ATI - structuri care nu interneaza/externeaza direct cazuri, precum si pentru medicamente - in limita listei prezentate la contractare - materiale sanitare si investigatii paraclinice, precum si toate cheltuielile necesare pentru situatiile prevazute la art. 97 lit. a), b) si c), cu exceptia:

a) medicamentelor si materialelor sanitare, pentru afectiunile din programele nationale de sanatate;

Lit. a) a alin. (1) al art. 98 din anexa 2 a fost modificata de pct. 10 al art. II din HOTARAREA nr. 18 din 12 ianuarie 2017 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 46 din 17 ianuarie 2017.

b) dispozitivelor medicale si serviciilor de tratament si/sau diagnostic pentru unele afectiuni din programele nationale de sanatate.

(2) In situatia in care asiguratii, pe perioada internarii in spital, in baza unor documente medicale intocmite de medicul curant din sectia in care acestia sunt internati, suporta cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare si investigatii paraclinice la care ar fi fost indreptatiti fara contributie personala, in conditiile prezentului contract-cadru, spitalele ramburseaza contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguratilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevazute la alin. (2) reprezinta o obligatie exclusiva a spitalelor si se realizeaza numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobate prin decizie a conducatorului institutiei.

(4) Unitatile sanitare care acorda servicii medicale spitalicesti in regim de spitalizare de zi autorizate de Ministerul Sanatatii sunt obligate sa suporte pentru asiguratii internati in regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente - in limita listei prezentate la contractare - materiale sanitare si investigatii paraclinice, cu exceptia medicamentelor si materialelor sanitare pentru afectiunile din programele nationale de sanatate. Aceasta prevedere se aplica si centrelor de sanatate multifunctionale pentru asiguratii internati in regim de spitalizare de zi.

Alin. (4) al art. 98 din anexa 2 a fost modificat de pct. 11 al art. II din HOTARAREA nr. 18 din 12 ianuarie 2017 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 46 din 17 ianuarie 2017.

Articolul 99

(1) Spitalele incaseaza de la asigurati suma corespunzatoare coplatii astfel:

a) pentru serviciile medicale acordate in regim de spitalizare continua, in sectiile/compartimentele cu paturi din unitatile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale in vigoare si aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate;

b) pentru serviciile medicale spitalicesti, acordate in regim de spitalizare continua, prevazute in pachetul de servicii medicale de baza. Exceptie fac serviciile medicale spitalicesti acordate in sectiile/compartimentele de ingrijiri paliative, serviciile medicale spitalicesti pentru internarile bolnavilor aflate sub incidenta art. 109, 110, 124 si 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificarile si completarile ulterioare, si in cazurile dispuse prin ordonanta a procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, care necesita izolare ori internare obligatorie si tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanta de judecata a dispus executarea pedepsei intr-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitalicesti de lunga durata - ani si serviciile medicale spitalicesti pentru care criteriul de internare este urgenta, precum si tratamentul pacientilor din penitenciare ale caror afectiuni necesita monitorizare si reevaluare in cadrul penitenciarelor-spital;

c) pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua, nivelul minim al coplatii este de 5 lei, iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplatii este stabilita de fiecare unitate sanitara cu paturi pe baza de criterii proprii, cu avizul consiliului de administratie al unitatii sanitare respective.

(2) Furnizorii de servicii medicale aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate nu pot incasa o alta plata din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitalicesti pentru care se incaseaza coplata.

(3) Categoriile de asigurati scutite de coplata, prevazute la art. 225 din Legea nr. 95/2006 , republicata cu modificarile ulterioare, fac dovada acestei calitati cu documente eliberate de autoritatile competente ca se incadreaza in respectiva categorie, precum si cu documente si/sau, dupa caz, cu declaratie pe propria raspundere ca indeplinesc conditiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevazut in norme.

(4) Spitalele incaseaza de la asigurati contravaloarea serviciilor hoteliere - cazare si/sau masa - cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora, in conditiile si la un tarif maxim stabilite prin norme.

(5) Spitalele aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate nu pot incasa o alta plata din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua in afara celor prevazute la alin. (1) si (4). Nerespectarea acestei obligatii conduce la aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 102 alin. (1).

Articolul 100

Casele de asigurari de sanatate deconteaza cazurile externate din unitatile sanitare cu personalitate juridica de medicina muncii - boli profesionale si din sectiile de boli profesionale aflate in structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boala profesionala, in conditiile respectarii criteriilor de internare prevazute la cap. II lit. F pct. 3 din anexa nr. 1 si in conditiile in care cazurile externate sunt persoane asigurate in sistemul asigurarii sociale de sanatate. Casele de asigurari de sanatate nu deconteaza mai mult de 25% din cazurile externate din unitatile sanitare cu personalitate juridica de medicina muncii - boli profesionale si din sectiile de boli profesionale aflate in structura spitalelor.

Articolul 101

(1) In cazul reorganizarii unitatilor sanitare cu paturi, prin desfiintarea lor si infiintarea concomitenta a unor noi unitati sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridica, contractele de furnizare de servicii medicale incheiate cu casele de asigurari de sanatate si aflate in derulare se preiau de drept de catre noile unitati sanitare infiintate, corespunzator drepturilor si obligatiilor aferente noilor structuri, cu conditia ca unitatile nou-infiintate sa aiba acelasi regim juridic de proprietate cu cele preluate.

(2) In cazul reorganizarii unei unitati sanitare cu paturi, prin excluderea unor structuri si infiintarea unei noi unitati sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridica, care preia structurile excluse, contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate si aflat in derulare se modifica in mod corespunzator pentru activitatea din structurile care se exclud din contract. Noua unitate sanitara cu paturi infiintata incheie contract cu casa de asigurari de sanatate corespunzator drepturilor si obligatiilor aferente structurii aprobate/avizate de Ministerul Sanatatii, in limita sumelor diminuate din contractul unitatii sanitare cu paturi din cadrul careia au fost excluse respectivele structuri, cu conditia ca unitatea nou-infiintata sa aiba acelasi regim juridic de proprietate cu unitatea sanitara cu paturi din cadrul careia au fost excluse respectivele structuri.

Sectiunea a 7-a Sanctiuni, conditii de suspendare, modificare si incetare a contractelor de furnizare de servicii medicale spitalicesti

Articolul 102

(1) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile unitatilor sanitare cu paturi prevazute la art. 92 alin. (1) lit. b)-ae), ag)-al) si ap)-ar) atrage aplicarea unor sanctiuni pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunara;

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunara.

(2) Nerespectarea de catre unitatile sanitare cu paturi a obligatiei prevazute la art. 92 alin. (1) lit. af) atrage aplicarea unor sanctiuni, dupa cum urmeaza:

a) retinerea unei sume calculate dupa incheierea fiecarei luni, prin aplicarea, pentru fiecare luna neraportata in cadrul fiecarui trimestru, a 3% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

b) retinerea unei sume calculate dupa incheierea fiecarui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare luna neraportata in cadrul trimestrului respectiv, a 5% la valoarea de contract aferenta lunii respective suplimentar fata de procentul prevazut la lit. a);

c) pentru raportarea incorecta/incompleta a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, se retine o suma echivalenta cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportarii trimestriale.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei prevazute la art. 92 alin. (1) lit. ao), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

- b) la a doua constatare se diminueaza cu 1% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie;
- c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, se diminueaza cu 3% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie.

Alin. (3) al art. 102 a fost modificat de pct. 16 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

(4) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (3), nerespectarea obligatiei prevazute la art. 92 lit. a) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line.

(5) Retinerea sumei potrivit alin. (1)-(3) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(6) Recuperarea sumei potrivit alin. (1)-(3) se face prin plata directa sau prin executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(7) Casele de asigurari de sanatate, prin Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, anunta Ministerul Sanatatii, ministerele si institutiile cu retea sanitara proprie, respectiv autoritatile publice locale, in functie de subordonare, odata cu prima constatare, despre situatiile prevazute la alin. (1) si (2).

(8) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(3) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Articolul 103

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti incheiat cu casa de asigurari de sanatate se modifica in sensul suspendarii sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisa, in urmatoarele situatii:

a) una sau mai multe sectii nu mai indeplinesc conditiile de contractare; suspendarea se face pana la indeplinirea conditiilor obligatorii pentru reluarea activitatii;

b) incetarea termenului de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face pana la obtinerea noii autorizatii sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative.

(2) In situatiile prevazute la alin. (1) lit. b)-d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

(3) Pentru situatia prevazuta la alin. (1) lit. a) , pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza servicii medicale pentru sectia/sectiile care nu indeplinesc conditiile de contractare.

In situatia in care toate sectiile spitalului nu indeplinesc conditiile de contractare, suspendarea se face pana la indeplinirea conditiilor obligatorii pentru reluarea activitatii, iar valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

Articolul 104

Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesci incheiat cu casa de asigurari de sanatate inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) acordul de vointa al partilor;

c) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal.

Capitolul VII

Consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat

Sectiunea 1 Conditii de eligibilitate

Articolul 105

In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, unitatile specializate private trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

a) sa fie autorizate conform prevederilor legale in vigoare;

b) sa fie evaluate potrivit dispozitiilor legale in vigoare;

c) sa depuna, in vederea incheierii contractului, toate documentele necesare in termenele stabilite pentru contractare;

d) sa implementeze sistemul de urmarire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS in termen de 90 de zile de la data intrarii in vigoare a prezentului act normativ.

Secțiunea a 2-a Documentele necesare încheierii contractului

Articolul 106

(1) Contractul de furnizare de consultatii de urgenta la domiciliu si activitatile de transport sanitar neasistat dintre furnizorul de servicii si casa de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal pe baza urmatoarelor documente:

a) dovada de evaluare a furnizorului, valabila la data încheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca, potrivit legii;

c) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare;

d) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data încheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabila la data încheierii contractului; furnizorul are obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului;

f) dovada platii la zi a contributiei la Fond pentru asigurari sociale de sanatate, precum si a contributiei pentru concedii si indemnizatii, pentru cei care au aceasta obligatie legala, efectuata conform prevederilor legale in vigoare si care trebuie prezentata casei de asigurari de sanatate pana cel tarziu in ultima zi a perioadei de contractare comunicata de casa de asigurari de sanatate;

g) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

h) lista cu personalul angajat;

i) lista cu tipurile de mijloace specifice de interventie din dotare;

j) autorizatia de functionare emisa de directia de sanatate publica, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

k) actul de infiintare/organizare in concordanta cu tipurile de activitati pe care le desfasoara;

l) documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare/pe kilometru efectiv parcurs pentru mediul urban/rural/pe mila parcursa, in conditiile prevazute prin norme;

m) avize de utilizare sau buletine de verificare periodica pentru dispozitivele medicale aflate in dotarea unitatilor mobile de interventie, dupa caz, emise conform prevederilor legale in vigoare.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse in copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" si prin semnatura reprezentantului legal, pe fiecare pagina; aceste documente se transmit si in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi depuse/transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata.

Sectiunea a 3-a Obligatiile furnizorilor de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat

Articolul 107

(1) In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, unitatile specializate private, autorizate si evaluate, care acorda consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat au urmatoarele obligatii:

a) sa respecte criteriile de calitate a consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical si ale asiguratului referitoare la respectarea indicatiilor medicale si consecintele nerespectarii acestora;

c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate, in mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru si ale normelor de aplicare a acestuia, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea se face numai in format electronic;

f) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

g) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

h) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

i) sa asigure acordarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat ori de cate ori se solicita, prin dispeceratul unic 112, in limita mijloacelor disponibile;

j) sa asigure acordarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

k) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;

l) sa afiseze intr-un loc vizibil numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

m) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;

Lit. m) a alin. (1) al art. 107 a fost modificata de pct. 17 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

n) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

o) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

p) sa asigure acordarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si a activitatilor de transport sanitar neasistat prevazute in pachetele de servicii medicale;

q) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

r) sa asigure consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat, utilizand mijlocul de interventie si transport si echipamentul corespunzator situatiei respective, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

s) sa elibereze certificate constatatoare de deces, dupa caz, conform normelor;

s) sa introduca monitorizarea apelurilor, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

t) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens;

t) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza si pachetul minimal furnizate, in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea, in conditiile prevazute in norme; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate eliberate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

Lit. t) a alin. (1) al art. 107 a fost modificata de pct. 17 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

(2) Serviciile de ambulanta private au obligatia sa asigure, la solicitarea serviciilor publice de ambulanta, consultatiile de urgenta la domiciliu si activitatile de transport sanitar neasistat contractate direct cu casa de asigurari de sanatate, in conformitate cu protocolul de colaborare incheiat intre serviciul public de ambulanta si serviciile de ambulanta private, conform prevederilor legale in vigoare.

Articolul 108

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, unitatile specializate private, autorizate si evaluate, care acorda consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si a activitatilor de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract;

b) sa fie informate de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a consultatiilor de urgenta la domiciliu si a activitatilor de transport sanitar neasistat suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

c) sa incaseze contravaloarea serviciilor care nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate din Fond, conform prevederilor legale in vigoare;

d) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

e) sa incaseze contravaloarea serviciilor la cerere;

f) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii.

Sectiunea a 4-a Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

În relațiile contractuale cu unitățile specializate private, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu unități specializate private, autorizate și evaluate, și să facă publica 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 însoțite de listă 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 a activităților de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnatura 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), 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;

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) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

Sectiunea a 5-a Contractarea si decontarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si a activitatilor de transport sanitar neasistat

Articolul 110

(1) Reprezentantul legal al unitatii specializate private incheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul lucrativ/filiale/puncte de lucru si/sau cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, inregistrate, autorizate si evaluate.

(2) Modalitatile de contractare de catre casele de asigurari de sanatate a consultatiilor de urgenta la domiciliu si a activitatilor de transport sanitar neasistat se stabilesc prin norme.

Articolul 111

(1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza numai consultatiile de urgenta la domiciliu si activitatile de transport sanitar neasistat contractate, in conformitate cu prevederile legale in vigoare, efectuate de unitatile specializate private autorizate si evaluate, pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat.

(2) Modalitatile de plata sunt:

a) pentru consultatiile de urgenta la domiciliu, prin tarif pe solicitare;

b) pentru serviciile de transport sanitar neasistat, prin tarif pe kilometru efectiv parcurs in mediul urban/rural sau mila parcursa, dupa caz.

(3) Tariful pe solicitare pentru consultatiile de urgenta la domiciliu acordate de unitatile specializate private se negociaza intre acestea si casa de asigurari de sanatate, in conditiile stabilite prin norme, si nu poate fi mai mare decat tariful maximal stabilit prin norme. Tariful minim negociat devine tariful la care se contracteaza consultatiile de urgenta la domiciliu cu toti furnizorii, in conditiile stabilite prin norme.

(4) Tariful pentru serviciile de transport sanitar neasistat acordate de unitatile specializate private se negociaza intre acestea si casa de asigurari de sanatate, in conditiile stabilite prin norme, si nu poate fi mai mare decat tariful maximal stabilit prin norme. Tariful minim negociat devine tariful la care se contracteaza serviciile de transport sanitar neasistat cu toti furnizorii, in conditiile stabilite prin norme.

(5) Sumele aferente serviciilor contractate cu unitatile specializate private au in vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fond.

Articolul 112

Modalitatile si conditiile in care se face decontarea de catre casele de asigurari de sanatate a consultatiilor de urgenta la domiciliu si a activitatilor de transport sanitar neasistat se stabilesc prin norme.

Secțiunea a 6-a Sanctiuni, conditii de suspendare, incetare si reziliere a contractelor de furnizare de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat

Articolul 113

(1) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile unitatilor medicale specializate private prevazute la art. 107 alin. (1) lit. b)-t) si alin. (2) atrage aplicarea unor sanctiuni pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunara;

c) la a treia constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunara.

(2) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminueaza cu 10% suma cuvenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) Retinerea sumelor potrivit alin. (1) si (2) se face din prima plata ce urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) si (2) se face prin plata directa sau prin executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(5) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) si (2) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Articolul 114

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea termenului de valabilitate a autorizatiei de functionare sau suspendarea acesteia, respectiv incetarea dovezii de evaluare, cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face pana la obtinerea autorizatiei de functionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

b) pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative.

Articolul 115

Contractul de furnizare de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat incheiat cu casa de asigurari de sanatate inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) acordul de vointa al partilor;

c) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

d) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

Articolul 116

Contractul de furnizare de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat se reziliaza printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, conform prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca, din motive imputabile furnizorului, acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate, ca urmare a cererii in scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentelor medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) odata cu prima constatare, dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 113 alin. (1);

i) daca furnizorul nu indeplineste conditia prevazuta la art. 105 lit. d).

Capitolul VIII

Ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu

Sectiunea 1 Conditii de eligibilitate

Articolul 117

(1) Ingrijirile medicale la domiciliu si ingrijirile paliative la domiciliu se acorda de catre furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice, autorizate si evaluate in conditiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, altii decat medicii de familie, care incheie contracte cu casele de asigurari de sanatate pentru servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu.

(2) Conditile acordarii serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu se stabilesc in norme.

(3) Casele de asigurari de sanatate incheie contracte cu furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu pentru serviciile pentru care fac dovada functionarii cu personal de specialitate si echipamente/ instrumentar specific aflate in dotare, in conditiile stabilite prin norme.

Sectiunea a 2-a Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 118

(1) Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu dintre furnizorul de servicii si casa de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal pe baza urmatoarelor documente:

a) dovada de evaluare a furnizorului, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca, potrivit legii;

c) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cartii de identitate al/a reprezentantului legal, dupa caz;

d) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabila la data incheierii contractului; furnizorul are obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului;

f) dovada platii la zi a contributiei la Fond pentru asigurari sociale de sanatate, precum si a contributiei pentru concedii si indemnizatii, pentru cei care au aceasta obligatie legala, efectuata conform prevederilor legale in vigoare si care trebuie prezentata casei de asigurari de sanatate

pana cel tarziu in ultima zi a perioadei de contractare comunicata de casa de asigurari de sanatate;

g) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

h) lista cu personalul de specialitate autorizat;

i) lista cu echipamentele si/sau instrumentarul specific aflate in dotare si documentele care atesta modalitatea de detinere a acestora, conform legii;

j) copie de pe actul constitutiv;

k) imputernicire legalizata pentru persoana desemnata ca imputernicit legal in relatia cu casa de asigurari de sanatate, dupa caz;

l) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania pentru fiecare medic;

m) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali, valabil la data incheierii contractului;

n) copie a actului doveditor prin care personalul isi exercita profesia la furnizor;

o) copie a actului de identitate pentru medici si asistentii medicali;

p) programul de activitate al furnizorului, programul de activitate al medicilor si al personalului medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor, care se completeaza pentru fiecare in parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru/zi, profesia.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor, depuse in copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" si prin semnatura reprezentantului legal, pe fiecare pagina; aceste documente se transmit si in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi depuse/transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata.

Sectiunea a 3-a Obligatiile furnizorilor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si de ingrijiri paliative la domiciliu

Articolul 119

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si de ingrijiri paliative la domiciliu au urmatoarele obligatii:

a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu furnizate, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical si ale asiguratului referitoare la respectarea indicatiilor medicale si consecintele nerespectarii acestora;

- c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu; factura este insotita de copiile planurilor de ingrijiri paliative la domiciliu, dupa caz, si documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru si ale normelor de aplicare a acestuia, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;
- e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, raportarea se face numai in format electronic;
- f) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu;
- g) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;
- h) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;
- i) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;
- j) sa asigure acordarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu asiguratilor fara nicio discriminare;
- k) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;
- l) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;
-

Lit. l) a art. 119 a fost modificata de pct. 18 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

m) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

n) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

o) sa asigure acordarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu prevazute in pachetul de servicii de baza;

p) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

q) sa nu incaseze sume pentru serviciile de ingrijiri furnizate, prevazute in pachetul de servicii, si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor de ingrijiri si pentru care nu este prevazuta o reglementare in acest sens, servicii de ingrijiri prevazute in recomandare;

r) sa acorde asiguratilor servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, conform recomandarilor medicilor aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, ca o consecinta a actului medical propriu, in conditiile stabilite prin norme. Modelul formularului de recomandare este stabilit prin norme. Recomandarea pentru ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu se face in concordanta cu diagnosticul stabilit si in functie de patologia bolnavului si statusul de performanta ECOG al acestuia, cu precizarea activitatilor zilnice pe care asiguratul nu le poate indeplini, in conditiile prevazute in norme. Medicii care recomanda servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu nu trebuie sa se afle in niciuna dintre situatiile de incompatibilitate prevazute in norme. In cazul nerespectarii acestei prevederi, contractul cu furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si de ingrijiri paliative la domiciliu se reziliaza; casele de asigurari de sanatate nu vor lua in calcul recomandarile medicale in care este nominalizat furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/furnizorul de ingrijiri paliative la domiciliu;

s) sa nu modifice sau sa nu intrerupa din proprie initiativa schema de ingrijire recomandata, pentru furnizorii de ingrijiri medicale la domiciliu;

s) sa comunice direct, in scris, atat medicului care a recomandat ingrijirile medicale la domiciliu si ingrijirile paliative la domiciliu, cat si medicului de familie al asiguratului evolutia starii de sanatate a acestuia;

t) sa tina evidenta serviciilor de ingrijiri medicale si ingrijiri paliative la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, in ceea ce priveste tipul serviciului acordat, data si ora acordarii, durata, evolutia starii de sanatate;

t) sa urmareasca prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a ingrijit, in situatia in care acest lucru a fost solicitat de medicul care a facut recomandarea, si sa nu depaseasca din proprie initiativa perioada de ingrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decat cea stabilita prin norme;

u) sa acorde servicii conform unui plan de ingrijiri in conformitate cu recomandarile stabilite, zilnic, inclusiv sambata, duminica si in timpul sarbatorilor legale, in conditiile stabilite prin norme;

v) sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

w) sa utilizeze prescriptia medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope in terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare, daca medicii care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu prescriu substante si preparate stupefiante si psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligatia sa informeze in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

x) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate, respectiv prescriptia medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea medicamentelor prescrise, ce au fost eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond; sa completeze formularele electronice mentionate anterior, de la data la care acestea se implementeaza;

y) sa recomande asiguratilor substantele si preparatele stupefiante si psihotrope in terapia durerii, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

z) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

aa) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata.

Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta

inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

Lit. aa) a art. 119 a fost modificata de pct. 18 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

ab) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in conditiile lit. aa), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

Lit. ab) a art. 119 a fost modificata de pct. 18 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

Articolul 120

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

c) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate din Fond, conform prevederilor legale in vigoare;

d) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

e) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

f) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea in format electronic cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii;

g) medicii care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substante si preparate stupefiante si psihotrope pentru terapia durerii, conform prevederilor legale in vigoare, in conditiile stabilite prin norme.

Sectiunea a 4-a Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii 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 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 și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de 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 semnatura 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), 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 situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

Sectiunea a 5-a Decontarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu

Articolul 122

Furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu depune la casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala factura lunara insotita de documentele justificative, pana la data prevazuta in contract.

Articolul 123

(1) Modalitatea de plata a furnizorilor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se intelege totalitatea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu acordate asiguratilor pentru un episod de ingrijire. Serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu sunt prevazute la cap. II lit. H din anexa nr. 1 la hotarare, iar tarifele se stabilesc prin norme.

(2) Pentru incadrarea in fondul aprobat pentru acordarea de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu si asigurarea accesului asiguratilor la aceste servicii, casele de asigurari de sanatate vor analiza lunar numarul de cereri, respectiv numarul de decizii privind aprobarea serviciilor emise in luna anterioara, alcatuind, dupa caz, liste de prioritate pentru asigurati.

(3) Criteriile de prioritate, precum si cele pentru solutionarea listelor de prioritate tin cont de data inregistrarii cererilor la casa de asigurari de sanatate, de tipul si stadiul afectiunii pentru care a fost efectuata recomandarea si de nivelul de dependenta al bolnavului, se stabilesc de catre serviciul medical al casei de asigurari de sanatate, cu avizul consiliului de administratie, se aproba prin decizie de catre presedintele-director general si se publica pe pagina web a casei de asigurari de sanatate.

(4) Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordarii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu, emisa de casele de asigurari de sanatate, este prevazut in norme.

Sectiunea a 6-a Sanctiuni, conditii de reziliere si modificare a contractului de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu

Articolul 124

(1) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 119 lit. b), c), e)-o), s), t), v), w), y) si z) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% suma cuvenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(2) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost

efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminueaza cu 10% suma cuvenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) Retinerea sumelor potrivit alin. (1) si (2) se face din prima plata ce urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) si (2) se face prin plata directa sau executare silita, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(5) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) si (2) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Articolul 125

Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca, din motive imputabile furnizorului, acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

d) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor insotite de copiiile planurilor de ingrijiri paliative la domiciliu, dupa caz si de documentele justificative privind activitatile realizate conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate, ca urmare a cererii in scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) odata cu prima constatare dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 124 alin. (1) si (2) pentru fiecare situatie;

h) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 119 lit. q), r), s) si u).

Articolul 126

Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului, in conditiile art. 127 lit. a), cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

Articolul 127

Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricarui dintre documentele prevazute la art. 118 alin. (1) lit. a)-c) si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 119 lit. p), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;

b) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) nerespectarea de catre furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu a obligatiei de plata a contributiei la Fond, constatata de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor.

Capitolul IX

Asistenta medicala de recuperare medicala si recuperare, medicina fizica si balneologie in sanatorii si preventorii

Secțiunea 1 Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale

Articolul 128

(1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) să fie autorizați conform prevederilor legale în vigoare;
- b) să fie evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistența medicală se asigură în sanatorii/sectii sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți conform Legii societăților nr. 31/1990, republicată, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare ori au în structură avizată de Ministerul Sănătății sectii sanatoriale balneare.

Secțiunea a 2-a Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 129

(1) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

- a) dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
- c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;
- d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
- f) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
- g) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- h) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate;

- i) documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare, documente care se stabilesc prin norme;
- j) indicatorii specifici stabiliti prin norme, precum si nivelul indicatorilor de performanta ai managementului spitalului public asumati prin contractul de management, cu exceptia spitalelor care au manageri interimari, numiti prin ordin al ministrului sanatatii, in cazul spitalelor publice din reseaua Ministerului Sanatatii, sau, in cazul ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie, prin act administrativ al institutiilor respective, dupa caz;
- k) actul de infiintare sau de organizare in concordanta cu tipurile de activitati pe care le desfasoara, dupa caz;
- l) copie de pe ordinul ministrului sanatatii privind clasificarea unitatii sanitare, dupa caz.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor, depuse in copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" si prin semnatura reprezentantului legal, pe fiecare pagina; aceste documente se transmit si in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi depuse/transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata.

Sectiunea a 3-a Obligatiile furnizorilor de servicii medicale

Articolul 130

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;
- b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical si ale asiguratului referitoare la respectarea indicatiilor medicale si consecintele nerespectarii acestora;
- c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru si ale normelor de aplicare a acestuia, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;
- e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, raportarea se face numai in format electronic;

- f) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;
- g) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;
- h) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act additional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;
- i) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;
- j) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;
- k) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate si sa il elibereze, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa asigure utilizarea formularului electronic de prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope de la data la care acesta se implementeaza; sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii, corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;
- l) sa asigure acordarea serviciilor medicale asiguratilor fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- m) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;
- n) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web, precum si pachetul de servicii de baza cu tarifele corespunzatoare decontate de casa de asigurari de sanatate; informatiile privind pachetul de servicii medicale si tarifele corespunzatoare serviciilor medicale sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

Lit. n) a art. 130 a fost modificata de pct. 19 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

- o) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in prezenta hotarare si in norme;
- p) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale

corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008 , cu modificarile si completarile ulterioare;

q) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;

Lit. q) a art. 130 a fost modificata de pct. 19 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

r) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

s) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

s) sa asigure acordarea serviciilor medicale prevazute in pachetul de servicii medicale;

t) sa incaseze sumele reprezentand contributia personala pentru unele serviciile medicale de care au beneficiat asiguratii, cu respectarea prevederilor legale in vigoare;

t) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre unitatile sanitare de recuperare cu paturi sau in ambulatoriu si prescriptia medicala electronica in ziua externarii pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond;

u) sa recomande asiguratilor tratamentul, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

v) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

- w) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;
- x) sa informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicala sau biletul de iesire din spital, cu obligatia ca acesta sa contina explicit toate elementele prevazute in scrisoarea medicala, trimise direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat si despre orice alte aspecte privind starea de sanatate a acestuia; scrisoarea medicala sau biletul de iesire din spital este un document tipizat care se intocmeste la data externarii, intr-un singur exemplar, transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea in ziua externarii a prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, pentru unele materiale sanitare, recomandari de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporara de munca, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru;
- y) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens;
- z) sa verifice biletele de internare in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;
- aa) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, dupa caz; in acest sens, odata cu raportarea ultimei luni a fiecarui trimestru, se depun la casa de asigurari de sanatate, pe fiecare sectie, numarul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, dupa cum urmeaza: numar cazuri programate aflate la inceputul trimestrului, numar cazuri programate intrate in cursul trimestrului, numar cazuri programate iesite in cursul trimestrului si numar cazuri programate aflate la sfarsitul trimestrului;
- ab) sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;
- ac) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa, potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul prescriptor in conditiile prevazute in norme;
- ad) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;
- ae) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;
- af) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata.

Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

Lit. af) a art. 130 a fost modificata de pct. 19 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

ag) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in conditiile lit. af) in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

Lit. ag) a art. 130 a fost modificata de pct. 19 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

Articolul 131

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, unitatile sanitare au dreptul:

- a) sa primeasca contravaloarea serviciilor medicale realizate si validate de casele de asigurari de sanatate, in limita valorii de contract stabilite, precum si in conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sanatatii, in conditiile prevazute in norme;
- b) sa fie informate de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;
- c) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate din Fond, conform prevederilor legale in vigoare;
- d) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;
- e) sa incaseze sumele reprezentand contributia personala pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguratii, conform prevederilor legale in vigoare;

f) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

g) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea in format electronic cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii.

Sectiunea a 4-a Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Articolul 132

In relatiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizati si evaluati si sa faca publica in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia, si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate de casele de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, in limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, raportarea in vederea decontarii se poate face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

d) sa informeze in prealabil, in termenul prevazut la art. 186 alin. (1), furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

f) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum si contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu si fara contributie personala, materiale sanitare, dispozitive medicale ingrijiri la domiciliu/ingrijiri

paliative la domiciliu acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza biletelor de trimitere/recomandarilor medicale si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acestia, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescriptiilor medicale si recomandarilor. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare;

g) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

h) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

i) sa deconteze, in primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor in luna precedenta, pe baza facturii si a documentelor insotitoare depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti, cu incadrarea in sumele contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor insotitoare depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti; trimestrial se fac regularizari, in conditiile prevazute in norme;

j) sa tina evidenta serviciilor medicale acordate de furnizori, in functie de casa de asigurari de sanatate la care sunt luati in evidenta acestia;

k) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale in cazul serviciilor medicale acordate in baza biletelor de internare; acestea se deconteaza daca biletele de internare sunt cele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

Sectiunea a 5-a Decontarea serviciilor medicale

Articolul 133

(1) Modalitatea de plata este tariful pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevazuti in norme pentru serviciile medicale acordate in sanatorii/sectii sanatoriale din spitale pentru adulti si copii, inclusiv cele balneare, si in preventorii. Tariful pe zi de spitalizare se stabileste prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut in norme. Contravaloarea acestor servicii este suportata din fondul aferent asistentei medicale acordate in sanatorii/sectii sanatoriale pentru adulti si copii, preventorii, cu sau fara personalitate juridica, inclusiv furnizori constituiti conform Legii societatilor nr. 31/1990 , republicata, care sunt avizate de Ministerul Sanatatii ca sanatorii balneare ori au in structura avizata de Ministerul Sanatatii sectii sanatoriale balneare.

(2) In cadrul sumelor negociate si contractate, casele de asigurari de sanatate vor deconta in primele 10 zile ale lunii urmatoare sumele aferente lunii precedente. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor insotitoare. Trimestrial se fac regularizari, in conditiile stabilite prin norme.

(3) In cazul sanatoriilor balneare, sumele negociate si contractate cu casele de asigurari de sanatate sunt diminuate cu partea de contributie suportata de asigurati, in functie de tipul de asistenta medicala balneara si de durata tratamentului, in conditiile stabilite in norme.

Articolul 134

Casele de asigurari de sanatate deconteaza numai contravaloarea serviciilor medicale acordate in baza biletelor de internare utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

Sectiunea A 6-A Sanctiuni, conditii de modificare si incetarea contractelor de furnizare de servicii medicale

Articolul 135

(1) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile contractuale de catre furnizorii de servicii medicale prevazute la art. 130 lit. b)-u), w)-ac) si ae) atrage diminuarea valorii de contract, dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 1% la valoarea de contract aferenta lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 3% la valoarea de contract lunara;

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 9% la valoarea de contract lunara.

(2) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei prevazute la art. 130 lit. ad), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 1% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie;

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta se diminueaza cu 3% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie.

Alin. (2) al art. 135 a fost modificat de pct. 20 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

(3) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (2), nerespectarea obligatiei de la art. 130 lit. ad) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line.

(4) Retinerea sumelor potrivit alin. (1) si (2) se face din prima plata ce urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate. In situatia in care suma prevazuta la alin. (2) depaseste prima plata, recuperarea sumei se realizeaza prin plata directa sau executare silita, in conditiile legii.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) si (2) se face prin plata directa sau executare silita, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(6) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) si (2) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Articolul 136

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate se modifica in sensul suspendarii sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisa, in urmatoarele situatii:

a) una sau mai multe sectii nu mai indeplinesc conditiile de contractare; suspendarea se face pana la indeplinirea conditiilor obligatorii pentru reluarea activitatii;

b) incetarea termenului de valabilitate, la nivelul sectiei/sectiilor, a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face pana la obtinerea noii autorizatii sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative.

(2) In situatiile prevazute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

Articolul 137

Contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) acordul de vointa al partilor;

c) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal.

Capitolul X

Medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu

Articolul 138

(1) Medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se eliberează de către farmaciile autorizate de Ministerul Sănătății, evaluate conform reglementărilor legale în vigoare, în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Medicamentele în tratamentul ambulatoriu ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat se eliberează de către farmaciile aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, în baza unor acte adiționale încheiate în acest sens. Încheie acte adiționale cu farmaciile pentru eliberarea acestor medicamente numai casele de asigurări de sănătate care se află în relație contractuală cu medicii care pot prescrie, conform prevederilor legale în vigoare, medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat.

(2) Toate farmaciile care detin autorizație de funcționare în vigoare pentru distribuție cu amănuntul și sunt evaluate conform reglementărilor legale în vigoare sunt eligibile în ceea ce privește încheierea contractului de furnizare de medicamente cu casele de asigurări de sănătate, dacă detin dovada respectării Regulilor de bună practică farmaceutică pe baza certificatului eliberat de Colegiul Farmacistilor din România, avizat în ultimul an calendaristic. În cazul sancțiunii de suspendare a autorizației de funcționare, Ministerul Sănătății și Colegiul Farmacistilor din România, după caz, au obligația de a notifica în scris caselor de asigurări de sănătate aplicarea acestei sancțiuni.

(3) Contractele se încheie de reprezentantul legal al societății farmaceutice cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești. În situația în care în cadrul aceleiași societăți farmaceutice funcționează mai multe farmacii, situate în județe diferite, reprezentantul legal al societății încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești. În situația în care o societate farmaceutică are deschise oficii locale de distribuție, înființate conform prevederilor legale în vigoare, în alte județe, aceasta va încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află oficina locală de distribuție, în condițiile stabilite prin norme. Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 2 furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate. Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 3 furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situația în care, la unul dintre furnizori, asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții.

(4) Reprezentanții legali ai furnizorilor care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, sigurantei naționale și autorității judecătorești încheie contracte cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești.

(5) În cazul unei farmacie aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, își schimbă detinătorul autorizației de funcționare, iar noul detinător al autorizației de funcționare se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, aceasta farmacie va fi introdusă de drept în contractul pe care noul detinător al autorizației de funcționare îl are cu casa de asigurări de

sanatate, incepand cu data notificarii casei de asigurari de sanatate a transferului acesteia si depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu conditia ca aceasta sa isi desfasoare activitatea la acelasi sediu si in aceleasi conditii avute in vedere la contractare. Noul detinator al autorizatiei de functionare are obligatia de a depune, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii autorizatiei de functionare de catre Ministerul Sanatatii, toate documentele necesare continuarii relatiei contractuale, actualizate in mod corespunzator. Nerespectarea acestei obligatii conduce la excluderea farmaciei din contractul noului detinator al autorizatiei de functionare cu casa de asigurari de sanatate.

(6) In situatia prevazuta la alin. (5), in cazul in care farmacia isi muta sediul, aceasta va fi introdusa de drept in contractul pe care noul detinator al autorizatiei de functionare il are cu casa de asigurari de sanatate, incepand cu data depunerii la casa de asigurari de sanatate a dovezii de evaluare a farmaciei la noul sediu impreuna cu notificarea casei de asigurari de sanatate a transferului acesteia si depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu respectarea conditiilor prevazute la alin. (5).

(7) In cazul in care noul detinator al autorizatiei de functionare a farmaciei nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate la data transferului farmaciei, introducerea acesteia in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se realizeaza cu respectarea reglementarilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale in vigoare.

Articolul 139

Lista cuprinzand DCI-uri ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiaza asiguratii pe baza de prescriptie medicala in tratamentul ambulatoriu, cu sau fara contributie personala, denumita in continuare lista, se elaboreaza in conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006 republicata, cu modificarile ulterioare.

Sectiunea a 2-a Documentele pe baza carora se incheie contractele

Articolul 140

(1) Casele de asigurari de sanatate incheie contracte cu reprezentantii legali ai societatilor farmaceutice pentru farmaciile autorizate si evaluate pe care acestia le reprezinta, precum si cu cei ai farmaciilor care functioneaza in structura unor unitati sanitare din ambulatoriul de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti, pe baza urmatoarelor documente:

- a) certificatul de inmatriculare la registrul comertului/actul de infiintare, dupa caz;
- b) codul unic de inregistrare;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului/banca;
- d) dovada de evaluare a farmaciei valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;
- e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;
- f) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul farmaceutic - farmacistii si asistentii de farmacie, care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia,

valabila la data incheierii contractului; furnizorul are obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului;

g) dovada platii la zi a contributiei la Fond, precum si a contributiei pentru concedii si indemnizatii pentru cei care au aceasta obligatie legala, efectuata conform prevederilor legale in vigoare si care trebuie prezentata casei de asigurari de sanatate pana cel tarziu in ultima zi a perioadei de contractare comunicata de casa de asigurari de sanatate;

h) cerere/solicitare pentru intrarea in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

i) certificatul de membru al Colegiului Farmacistilor din Romania, avizat anual, pentru farmacistii inregistrati in contractul cu casa de asigurari de sanatate;

j) certificatul de Reguli de buna practica farmaceutica, eliberat de Colegiul Farmacistilor din Romania - filiala judeteană;

k) program de lucru atat pentru farmacii, cat si pentru oficinele locale de distributie;

l) lista personalului de specialitate care isi desfasoara activitatea la furnizor si durata timpului de lucru a acestuia (numar de ore/zi si numar de ore/saptamana);

m) autorizatia de functionare eliberata de Ministerul Sanatatii;

n) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical, valabil la data incheierii contractului.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor, depuse in copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" si prin semnatura reprezentantului legal, pe fiecare pagina; aceste documente se transmit si in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi depuse/transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata.

Sectiunea a 3-a Drepturile si obligatiile furnizorilor de medicamente

Articolul 141

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de medicamente evaluati au urmatoarele obligatii:

a) sa se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzatoare DCI-urilor prevazute in lista, cu prioritate cu medicamentele al caror pret pe unitatea terapeutica este mai mic sau egal cu pretul de referinta - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - sectiunile C1 si C3 si din sublista D;

b) sa asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiasi DCI, cu prioritate la preturile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; sa se aprovizioneze, in maximum 24 de ore pentru bolile acute si subacute si 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, daca acesta/acestea nu exista la momentul solicitarii in farmacie; solicitarea de catre asigurat se face in scris, iar farmacia trebuie sa faca dovada demersurilor efectuate in acest sens;

c) sa detina documente justificative privind intrarile si iesirile pentru medicamentele si materialele sanitare eliberate in baza prescriptiilor medicale raportate spre decontare; sa puna la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative cu privire la tipul si cantitatea medicamentelor si materialelor sanitare achizitionate si evidentiata in gestiunea cantitativ-valorica a farmaciei si care au fost eliberate in perioada pentru care se efectueaza controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative anterior mentionate se sanctioneaza conform legii si conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. In situatia in care casa de asigurari de sanatate sesizeaza neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare eliberate in perioada verificata si cantitatea de medicamente/materiale sanitare achizitionate, aceasta sesizeaza mai departe institutiile abilitate de lege sa efectueze controlul unitatii respective; in situatia in care, ca urmare a controlului desfasurat de catre institutiile abilitate, se stabileste vinovatia furnizorului, potrivit legii, contractul in derulare se reziliaza de plin drept de la data luarii la cunostinta a notificarii privind rezilierea contractului, emisa in baza deciziei executorii dispuse in cauza respectiva, cu recuperarea contravalorii tuturor medicamentelor eliberate de furnizor in perioada verificata de institutiile abilitate si decontata de casa de asigurari de sanatate;

d) sa verifice prescriptiile medicale off-line si cele pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda, in vederea eliberarii acestora si a decontarii contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse in prescriptiile medicale electronice off-line/prescriptiile cu regim special pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante, care nu contin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevazute in formularul de prescriptie medicala, nu se elibereaza de catre farmacii si nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate;

e) sa verifice daca au fost respectate conditiile prevazute in norme referitoare la numarul de medicamente, cantitatea si durata terapiei in functie de tipul de afectiune: acut, subacut, cronic pentru prescriptiile medicale off-line si cele pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante;

f) sa transmita caselor de asigurari de sanatate datele solicitate, utilizand platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

Lit. f) a art. 141 a fost modificata de pct. 21 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

g) sa intocmeasca si sa prezinte/transmita caselor de asigurari de sanatate documentele necesare, in vederea decontarii medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, conform si in conditiile stabilite prin norme;

h) sa respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, in conditiile stabilite prin norme;

i) sa functioneze cu personal farmaceutic autorizat conform legii;

j) sa informeze asiguratii cu privire la drepturile si obligatiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum si la modul de utilizare a acestora, conform prescriptiei

medicale; sa afiseze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si puse la dispozitie de catre aceasta;

k) sa isi stabileasca programul de functionare, pe care sa il afiseze la loc vizibil in farmacie, sa participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuitatii privind furnizarea medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, in zilele de sambata, duminica si de sarbatori legale, precum si pe timpul noptii, si sa afiseze la loc vizibil lista farmaciilor care asigura continuitatea furnizarii de medicamente, publicata pe pagina web a casei de asigurari de sanatate. Acest program se stabileste in conformitate cu prevederile legale in vigoare; programul poate fi modificat prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

l) sa elibereze medicamentele din prescriptiile medicale asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, in conditiile in care furnizorul de medicamente are contract cu aceeasi casa de asigurari de sanatate cu care medicul care a eliberat prescriptia medicala a incheiat contract sau conventie in vederea recunoasterii prescriptiilor medicale eliberate, in situatiile prevazute in norme;

m) sa anuleze, prin taiere cu o linie sau prin inscrierea mentiunii "anulat", DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, in fata primitorului, pe exemplarele prescriptiei medicale electronice off-line si pentru prescriptiile medicale eliberate pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante, in conditiile stabilite prin norme, nefiind permisa eliberarea altor medicamente din farmacie in cadrul sumei respective;

n) sa nu elibereze medicamentele din prescriptiile medicale care si-au incetat valabilitatea;

o) sa pastreze la loc vizibil in farmacie condica de sugestii si reclamatii; condica va fi numerotata de farmacie si stampilata de casa/casele de asigurari de sanatate cu care furnizorul se afla in relatie contractuala;

p) sa asigure prezenta unui farmacist in farmacie si la oficinele locale de distributie pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

q) sa depuna, in luna urmatoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, documentele necesare in vederea decontarii pentru luna respectiva, pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de medicamente; pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligatia sa depuna, in luna urmatoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare si prescriptiile medicale off-line, urmand ca facturile sa se transmita/depuna la casa de asigurari de sanatate in vederea decontarii pana la termenul prevazut in contract, in luna urmatoare celei in care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor intocmi numai pentru prescriptiile medicale aferente pacientilor pentru care s-a obtinut rezultatul medical, conform datelor puse la dispozitie de casa de asigurari de sanatate;

r) sa se informeze asupra conditiilor de furnizare a medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu;

s) sa elibereze medicamentele din sublistele A, B, C - sectiunile C1 si C3 si din sublista D, din Hotararea Guvernului nr. 720/2008 , cu modificarile si completarile ulterioare, ale caror preturi pe unitatea terapeutica sunt mai mici sau egale cu pretul de referinta, cu exceptia cazurilor in care medicul prescrie medicamentele pe denumire comerciala sau la cererea asiguratului. In cazul in care medicamentele eliberate au pret pe unitatea terapeutica mai mare decat pretul de referinta, farmacia trebuie sa obtina acordul informat si in scris al asiguratului/primitorului pe prescriptie -

componenta eliberare. In cazul in care medicamentele eliberate in cadrul aceleiasi DCI au pretul de vanzare cu amanuntul mai mare decat pretul de referinta, farmacia trebuie sa obtina acordul informat si in scris al asiguratului/primitorului pe prescriptie - componenta eliberare;

s) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

t) sa anunte casa de asigurari de sanatate cu privire la modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de medicamente in tratamentul ambulatoriu, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

t) sa acorde medicamentele prevazute in lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala, care se aproba prin hotarare a Guvernului, si sa nu incaseze contributie personala pentru medicamentele la care nu sunt prevazute astfel de plati;

u) sa transmita zilnic caselor de asigurari de sanatate, in format electronic, format pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, situatia consumului de medicamente corespunzatoare substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope eliberate de farmacii;

v) sa nu elibereze prescriptiile medicale care nu contin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda, precum si daca nu au fost respectate conditiile prevazute in norme referitoare la numarul de medicamente, cantitatea si durata terapiei in functie de tipul de afectiune: acut, subacut, cronic;

w) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real incepand cu data la care acesta este pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii medicamentelor de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data eliberarii medicamentelor. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua eliberarii medicamentelor si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data.

Lit. w) a art. 141 a fost modificata de pct. 21 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

x) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei si dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor - farmacii/oficine, precum si dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul farmaceutic: farmacistii si asistentii de farmacie, care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia;

y) sa elibereze medicamentele din prescriptiile medicale eliberate de medicii aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor

formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa elibereze medicamentele din prescriptiile medicale eliberate de medicii aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

z) sa intocmeasca evidente distincte pentru medicamentele acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala si sa transmita caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatii contractuale, odata cu raportarea lunara conform lit. q), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

aa) sa intocmeasca evidente distincte pentru medicamentele acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de medicamente cu sau fara contributie personala acordate pe teritoriul Romaniei, si sa transmita caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatii contractuale, odata cu raportarea lunara conform lit. q), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

ab) sa nu elibereze medicamente cu sau fara contributie personala in cadrul sistemului asigurarilor sociale de sanatate, prin farmaciile/oficinele locale de distributie excluse din contractele incheiate intre societatile farmaceutice si casa de asigurari de sanatate, dupa data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distributie decat cele prevazute in contract;

ac) sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea eliberarii medicamentelor, daca acestea se ridica din farmacie de catre beneficiarul prescriptiei; in situatia in care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de catre un imputernicit, se solicita cardul national de asigurari sociale de sanatate al imputernicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pasaportul, daca imputernicitul nu poate prezenta cardul national de asigurari sociale de sanatate; medicamentele din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ad) sa verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescriptiei, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

ae) sa foloseasca sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; asumarea medicamentelor eliberate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata;

af) sa elibereze conform prevederilor legale in vigoare si sa intocmeasca evidente distincte in conditiile prevazute in norme pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Articolul 142

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente au următoarele drepturi:

- a) să primească de la casa de asigurări de sănătate, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate conform facturilor emise și documentelor însoțitoare, în condițiile prevăzute în norme;
- b) să se informeze și să fie informați asupra modalității de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
- c) să cunoască condițiile de contractare a furnizării de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, precum și eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;
- d) să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B și D din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate;
- e) să negocieze în calitate de parte contractantă clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare.

Secțiunea a 4-a Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Articolul 143

În relațiile contractuale cu furnizorii de medicamente, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

- a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai cu furnizorii de medicamente autorizați și evaluați conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publice, 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 Aparării, 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) sa deconteze furnizorilor de medicamente cu care au incheiat contracte contravaloarea medicamentelor eliberate cu si fara contributie personala, la termenele prevazute in prezentul contract-cadru, in conditiile prevazute in norme;

e) sa urmareasca lunar, in cadrul aceleiasi DCI, raportul dintre consumul de medicamente, al caror pret pe unitate terapeutica/pret de vanzare cu amanuntul, dupa caz, este mai mic sau egal cu pretul de referinta, si total consum medicamente; sa urmareasca lunar evolutia consumului de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu aceasta destinatie, luand masurile ce se impun;

f) sa informeze furnizorii de medicamente in prealabil, intr-un numar de zile similar celui prevazut la art. 186 alin. (1), cu privire la conditiile de contractare si la modificarile aparute ulterior ca urmare a modificarii actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative; sa informeze furnizorii de medicamente cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerea, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate;

g) sa inmaneze, la data finalizarii controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de medicamente, la termenele prevazute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

h) sa aduca la cunostinta furnizorilor de medicamente numele si codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, cel mai tarziu la data incetarii relatiilor contractuale dintre casa de asigurari de sanatate si medicii respectivi; sa publice si sa actualizeze in timp real, pe site-ul casei de asigurari de sanatate, numele si codul de parafa ale medicilor care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

i) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

j) sa publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se afla in relatie contractuala si care participa la sistemul organizat pentru asigurarea continuitatii privind furnizarea medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu in zilele de sambata, duminica si de sarbatori legale, precum si pe timpul noptii;

k) sa aduca la cunostinta furnizorilor de medicamente, prin publicare zilnica pe pagina web proprie, situatia fondurilor lunare aprobate si a fondurilor disponibile de la data publicarii pana la sfarsitul lunii in curs pentru eliberarea medicamentelor;

l) sa publice lunar, pe pagina web proprie, totalul platilor efectuate in luna anterioara catre furnizorii de medicamente.

Sectiunea a 5-a Modalitatile de prescriere, eliberare si decontare

Articolul 144

(1) Suma maxima care se suporta de casele de asigurari de sanatate din Fond este cea corespunzatoare aplicarii procentului de compensare a medicamentelor asupra pretului de referinta.

(2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor prevazute in sublista A este de 90% din pretul de referinta, a celor din sublista B este de 50% din pretul de referinta, a celor din sublista D este de 20% din pretul de referinta, iar a celor din sectiunile C1 si C3 din sublista C este de 100% din pretul de referinta.

(3) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor prevazute in sublista B este de 90% din pretul de referinta, din care 50% se suporta din bugetul Fondului si 40% din transferuri din bugetul Ministerului Sanatatii catre bugetul Fondului, pentru prescriptiile a caror contravaloare la nivelul pretului de referinta/prescriptie este de pana la 330 lei/luna si de care beneficiaza pensionarii cu venituri numai din pensii de pana la 700 lei/luna.

(4) Pretul de referinta pentru medicamentele cu si fara contributie personala prescrise in tratamentul ambulatoriu se defineste pentru fiecare sublista pe baza unei metode de calcul care sa asigure cresterea accesului asiguratilor la medicamente in conditiile utilizarii eficiente a Fondului, luand in calcul urmatoarele elemente: grupele terapeutice sau DCI, dupa caz, formele farmaceutice asimilabile, doza zilnica standard stabilita conform regulilor Organizatiei Mondiale a Sanatatii sau cantitatea de substanta activa, dupa caz.

(5) Lista preturilor de referinta pe unitate terapeutica aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul national al preturilor medicamentelor autorizate de punere pe piata in Romania (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sanatatii, elaborata de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, si metoda de calcul pentru sublistele A, B, D si C - sectiunile C1 si C3 din sublista se aproba prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. In lista se cuprind preturile de referinta aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Pentru medicamentele autorizate, care au primit pret si au fost listate in CANAMED, detinatorul de autorizatie de punere pe piata este obligat sa asigure medicamentul pe piata in cantitati suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacientilor, de la data avizarii pretului.

(6) In situatia in care se constata ca detinatorul de autorizatie de punere pe piata nu asigura prezenta medicamentelor pe piata conform prevederilor legale, medicamentele se exclud din lista prevazuta la alin. (5) in maximum 30 de zile de la data comunicarii lipsei medicamentelor de pe piata de catre institutiile abilitate sau de la sesizarea Agentiei Nationale a Medicamentelor si Dispozitivelor Medicale.

(7) Pentru DCI-urile incluse neconditionat in lista prevazuta la art. 139, in lista prevazuta la alin. (5) se includ denumirile comerciale corespunzatoare DCI-urilor mentionate in decizia emisa de Agentia Nationala a Medicamentelor si a Dispozitivelor Medicale, precum si denumirile comerciale aferente aceleiasi substante active, concentratii si cai de administrare, al caror pret de vanzare cu amanuntul pe unitatea terapeutica este mai mic sau egal cu pretul de vanzare cu amanuntul pe unitatea terapeutica aferent denumirilor comerciale corespunzatoare DCI-urilor mentionate in decizia Agentiei Nationale a Medicamentelor si a Dispozitivelor Medicale.

(8) Pentru DCI-urile incluse conditionat in lista prevazuta la art. 139, in lista prevazuta la alin. (5) se includ denumirile comerciale prevazute in contractele cost-volum/cost-volum rezultat, incheiate intre detinatorii de autorizatii de punere pe piata/reprezentantii legali ai acestora si ai Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si, dupa caz, ai Ministerului Sanatatii.

(9) Decontarea pentru activitatea curenta a anilor 2016 si 2017 se efectueaza in ordine cronologica, pana la 60 de zile calendaristice de la data verificarii prescriptiilor medicale eliberate asiguratilor si acordarii vizei "bun de plata" facturilor care le insotesc de catre casa de asigurari de sanatate, in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie.

(10) Pentru contractele cost-volum-rezultat, dupa expirarea perioadei necesare acordarii tratamentului si a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevazute in cuprinsul contractelor, casele de asigurari de sanatate deconteaza medicamentele care fac obiectul acestor contracte, cu exceptia celor prevazute la art. 12 alin. (8) din Ordonanta de urgenta a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contributii pentru finantarea unor cheltuieli in domeniul sanatatii, aprobata prin Legea nr. 184/2015 , in termen de 60 de zile de la validarea facturii.

(11) Durata maxima de verificare a prescriptiilor medicale prevazute la alin. (9) nu poate depasi 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, dupa caz, de catre farmacie la casa de asigurari de sanatate. Prescriptiile medicale on-line se pastreaza de catre farmacii si se vor prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia. In situatia in care, ca urmare a verificarii de catre casa de asigurari de sanatate, se constata unele erori materiale in borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data comunicarii de catre casa de asigurari de sanatate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de catre casa de asigurari de sanatate in format electronic.

(12) Pentru contractele cost-volum-rezultat durata maxima de verificare a prescriptiilor medicale prevazute la alin. (10) nu poate depasi 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, dupa caz, de catre farmacie la casa de asigurari de sanatate. Prescriptiile medicale on-line se pastreaza de catre farmacii si se vor prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia. In situatia in care, ca urmare a verificarii de catre casa de asigurari de sanatate, se constata unele erori materiale in borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data comunicarii de catre casa de asigurari de sanatate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de catre casa de asigurari de sanatate in format electronic.

Articolul 145

(1) Modalitatile de prescriere, de eliberare si de decontare a medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internationale - DCI, iar in cazuri justificate medical, precum si in cazul produselor biologice si a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumirea comerciala, cu precizarea pe prescriptie si a denumirii comune internationale - DCI corespunzatoare. Cu exceptia cazurilor in care medicul recomanda o anumita denumire comerciala, recomandarea farmacistului pentru denumirile comerciale aferente DCI prescrise de medic se face in ordinea crescatoare a pretului, incepand cu medicamentul cel mai ieftin din cadrul DCI respective. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu si fara contributie personala, cu respectarea urmatoarelor conditii:

a) pentru sublistele A, B si D - o prescriptie/mai multe prescriptii lunar, care sa nu depaseasca cumulativ 7 medicamente diferite pe toate prescriptiile aferente unei luni. Valoarea totala a medicamentelor din sublista B, calculata la nivelul pretului de referinta, este de pana la 330 lei pe luna;

b) in situatia in care intr-o luna se prescrie un medicament din sublista B notat cu #, cu o valoare maxima a tratamentului pe o luna, calculata la nivelul pretului de referinta, mai mare de 330 lei, nu se mai prescriu in luna respectiva si alte medicamente din sublista B;

c) pentru pensionarii cu venituri numai din pensii de pana la 700 lei/luna nu sunt aplicabile reglementarile de la lit. a) si b); acestia pot beneficia de o prescriptie/mai multe prescriptii lunar, care sa nu depaseasca cumulativ 7 medicamente din sublistele A, B si D; in aceasta situatie, pentru maximum 3 medicamente din sublista B a carei contravaloare la nivelul pretului de referinta este de pana la 330 lei pe luna/prescriptie se intocmeste o singura prescriptie distincta cu compensare 90% din pretul de referinta;

d) pentru sublista C sectiunea C1 - pe fiecare cod de boala, o singura prescriptie/maximum doua prescriptii lunar, cu maximum 3 medicamente;

e) pentru sublista C sectiunea C3 - o singura prescriptie lunar, cu maximum 4 medicamente.

(2) Prin exceptie, in cazul medicamentelor prevazute in tabelul II din anexa la Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, cu modificarile si completarile ulterioare, se pot emite pentru acelasi asigurat mai multe prescriptii, conform reglementarilor legale in vigoare.

(3) Casele de asigurari de sanatate sunt obligate sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale cazurile in care nu au fost respectate prevederile alin. (1) lit. a), precum si cazurile in care s-a eliberat o prescriptie medicala/maximum doua prescriptii pe luna pentru fiecare cod de boala, pentru medicamentele cuprinse in sublista C sectiunea C1, si mai mult de o prescriptie medicala pe luna, pentru medicamentele cuprinse in sublista C sectiunea C3; in aceasta situatie, asiguratii respectivi nu mai beneficiaza de o alta prescriptie medicala pentru perioada acoperita cu medicamentele eliberate suplimentar, cu exceptia situatiei prevazute la alin. (2).

(4) Pentru persoanele prevazute in legile speciale, care beneficiaza de gratuitate suportata din Fond, in conditiile legii, casele de asigurari de sanatate suporta integral contravaloarea medicamentelor al caror pret pe unitatea terapeutica este mai mic sau egal cu pretul de referinta, corespunzatoare medicamentelor cuprinse in sublistele pentru care se calculeaza pret de referinta pentru forme farmaceutice asimilabile, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(5) Pe acelasi formular de prescriptie se pot inscrie medicamente din subliste diferite. Farmaciile intocmesc un borderou centralizator cu evidenta distincta pentru fiecare sublista, in care sunt evidentiate distinct:

a) medicamentele corespunzatoare DCI-urilor notate cu (**)^1, prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008 , cu modificarile si completarile ulterioare, pentru care medicul utilizeaza formulare de prescriptie distincte;

Lit. a) a alin. (5) al art. 145 din anexa 2 a fost modificat de pct. 12 al art. II din HOTARAREA nr. 18 din 12 ianuarie 2017 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 46 din 17 ianuarie 2017.

b) medicamentele prescrise de medicul de familie ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de medicina muncii, pentru care medicul utilizeaza formulare de prescriptie distincte;

c) medicamentele din retetele 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.

(6) Borderoul centralizator prevăzut la alin. (5) nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, precum și medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3), în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

(7) 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 medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3), după caz.

(8) Copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 12 luni beneficiază de medicamente gratuite, fără plafonare valorică și cantitativă. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 12 luni se suportă din Fond, conform prevederilor legale în vigoare.

(9) 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. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schema terapeutică stabilă, medicii de familie/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. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat este de până la 30-31 zile.

Articolul 146

(1) Medicamentele cu și fără contribuție personală pentru tratamentul în ambulatoriu se acordă pe baza de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) 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; scrisoarea medicală va fi un document tipizat care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, iar un exemplar este expediat medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului. Medicii dentști din cabinetele stomatologice școlare și studentesti pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii din caminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși

in lista unui medic de familie. Medicii din institutiile de asistenta sociala pentru persoane adulte cu handicap aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Dizabilitati pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afectiuni acute din aceste institutii, in situatia in care persoanele institutionalizate nu sunt inscise in lista unui medic de familie. Medicii din unitatile si compartimentele de primire a urgentelor din cadrul spitalelor ce sunt finantate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu numai pentru afectiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, pot prescrie medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, corespunzator DCI-urilor prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008 , cu modificarile si completarile ulterioare; perioadele pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevazute la art. 145 alin. (9). Casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu medicii/medicii dentisti din cabinetele scolare si studentesti, medicii din caminele de batrani, medicii din institutiile aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Dizabilitati, cu unitatile sanitare pentru medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, si cu medicii din unitatile si compartimentele de primire a urgentelor din cadrul spitalelor ce sunt finantate din bugetul de stat, in vederea recunoasterii prescriptiilor medicale pentru medicamentele cu si fara contributie personala eliberate de catre acestia. Modelul conventiei este cel prevazut in norme. Prin medici/medici dentisti din cabinetele scolare si studentesti se intelege medicii din cabinetele medicale si stomatologice din scoli si unitati de invatamant superior, finantate de la bugetul de stat.

Sectiunea a 6-a Sanctiuni, conditii de reziliere, suspendare si incetare a contractelor

Articolul 147

(1) In cazul in care se constata nerespectarea de catre o farmacie/oficina locala de distributie, in mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurari de sanatate si prevazut in contract, precum si in cazul nerespectarii obligatiei prevazute la art. 141 lit. p), se aplica urmatoarele sanctiuni:

Partea introductiva a alin. (1) al art. 147 a fost modificata de pct. 22 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

a) la prima constatare, diminuarea cu 5% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea de catre o farmacie/oficina locala de distributie a obligatiilor prevazute la art. 141 lit. a)-f), h), j)-o), q)-w), y)-aa), ad) si af), se aplica urmatoarele sanctiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;
- c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

Pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 141 lit. b) nu se aplica sanctiuni, daca vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunostinta casei de asigurari de sanatate printr-o declaratie scrisa.

(3) Retinerea sumei potrivit alin. (1) si (2) se face din prima plata ce urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) si (2) se face prin plata directa sau executare silita, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(5) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) si (2) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeaasi destinatie.

6) Casele de asigurari de sanatate informeaza Colegiul Farmacistilor din Romania, cu privire la aplicarea fiecarei sanctiuni pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 141 lit. p), in vederea aplicarii masurilor pe domeniul de competenta.

Alin. (6) al art. 147 a fost introdus de pct. 23 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

Articolul 148

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

- a) daca farmacia evaluata nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului;
- b) daca, din motive imputabile farmaciei evaluate, aceasta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) in cazul expirarii perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare;
- d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a dovezii de evaluare a farmaciei;
- e) daca farmacia evaluata inlocuieste medicamentele si/sau materialele sanitare neeliberate din prescriptia medicala cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;
- f) odata cu prima constatare, dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 147 alin. (1); pentru societatile farmaceutice in cadrul carora functioneaza mai multe farmacii/oficine locale de distributie, odata cu prima constatare, dupa aplicarea la nivelul societatii a masurilor prevazute la

art. 147 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de catre fiecare farmacie/oficina locala de distributie din structura societatii farmaceutice; daca la nivelul societatii se aplica masurile prevazute la art. 147 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de catre aceeasi farmacie/aceeasi oficina locala de distributie din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului opereaza numai pentru farmacia/oficina locala de distributie la care se inregistreaza aceste situatii si se modifica corespunzator contractul;

g) in cazul nerespectarii termenelor de depunere a facturilor insotite de borderouri si prescriptii medicale privind eliberarea de medicamente conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

h) odata cu prima constatare, dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 147 alin. (2); pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 141 lit. b) nu se reziliaza contractul in situatia in care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunostinta casei de asigurari de sanatate de catre aceasta printr-o declaratie scrisa;

i) in cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate actele de evidenta financiar-contabila a medicamentelor si/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

j) la prima constatare in cazul nerespectarii obligatiei prevazute la art. 141 lit. ab).

Lit. j) a alin. (1) al art. 148 a fost modificata de pct. 24 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

(2) Pentru societatile farmaceutice in cadrul carora functioneaza mai multe farmacii/oficine locale de distributie, conditiile de reziliere a contractelor prevazute la alin. (1) lit. f), g), h) si j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 141 lit. f), g), q), t), u) si ab) - se aplica la nivel de societate; restul conditiilor de reziliere prevazute la alin. (1) se aplica corespunzator pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distributie la care se inregistreaza aceste situatii, prin excluderea lor din contract si modificarea contractului in mod corespunzator.

Articolul 149

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu se suspenda cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricarui act dintre documentele prevazute la art. 140 alin. (1) lit. a) - d) si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 141 lit. x), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;

b) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) nerespectarea de catre furnizorii de medicamente a termenelor de plata a contributiei la Fond de la data constatarii acestui fapt de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate de catre acestea la furnizori pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi ori pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor.

(2) Prevederile referitoare la conditiile de suspendare se aplica societatii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distributie, dupa caz.

Articolul 150

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de medicamente se muta din raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa si motivata, in care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 149 alin. (1) lit. a), cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Prevederile referitoare la conditiile de incetare se aplica societatii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distributie, dupa caz.

Capitolul XI

Dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu

Sectiunea 1 Conditii de eligibilitate

Articolul 151

(1) Dispozitivele medicale se acorda, pentru o perioada determinata ori nedeterminata, de catre furnizorii de dispozitive medicale care, in vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

a) sa fie avizati de Ministerul Sanatatii/Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale, conform prevederilor legale in vigoare;

- b) sa fie evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare;
- c) sa depuna, in vederea incheierii contractului, toate documentele necesare la termenele stabilite pentru contractare.

(2) In situatia in care furnizorii nu transmit Casei Nationale de Asigurari de Sanatate toate preturile de vanzare cu amanuntul si sumele de inchiriere ale dispozitivelor medicale contractate, care trebuie sa fie aceleasi cu cele prevazute la art. 152 alin. (1) lit. g) insotite de certificatele de inregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sanatatii/Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale ori de documentele de inregistrare dintr-un stat membru din Spatiul Economic European si/sau de declaratiile de conformitate CE emise de producatori, dupa caz, in vederea calcularii preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere decontate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate inceteaza de la data notificarii scrise de catre casele de asigurari de sanatate, prin denuntare unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate.

Sectiunea a 2-a Documentele necesare incheierii contractului

Articolul 152

(1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se incheie intre furnizorul de dispozitive medicale avizat, evaluat, prin reprezentantul legal sau imputernicitul legal al acestuia, dupa caz, si casa de asigurari de sanatate, pe baza urmatoarelor documente:

a) certificatul de inregistrare cu cod unic de inregistrare si certificatul de inscriere de mentiuni cu evidentierea reprezentantului legal si a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activitati pentru care se solicita intrarea in contract cu casa de asigurari de sanatate, daca este cazul, sau actul de infiintare conform prevederilor legale in vigoare;

b) contul deschis la Trezoreria Statului/banca;

c) dovada de evaluare, pentru sediul social lucrativ si pentru punctele de lucru, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

d) certificatul/certificatele de inregistrare a dispozitivelor medicale, emis/emise de Ministerul Sanatatii/Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale, ori documentele de inregistrare dintr-un stat membru din Spatiul Economic European si/sau declaratia/declaratiile de conformitate CE, emisa/emise de producator - traduse de un traducator autorizat, dupa caz;

e) avizul de functionare emis conform prevederilor legale in vigoare;

f) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

g) lista preturilor de vanzare cu amanuntul si/sau a sumelor de inchiriere pentru dispozitivele prevazute in contractul de furnizare de dispozitive medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

h) dovada platii la zi a contributiei la Fond pentru asigurari sociale de sanatate, precum si a contributiei pentru concedii si indemnizatii pentru cei care au aceasta obligatie legala, efectuata conform prevederilor legale in vigoare si care trebuie prezentata casei de asigurari de sanatate

pana cel tarziu in ultima zi a perioadei de contractare comunicata de casa de asigurari de sanatate;

i) cerere/solicitare pentru intrarea in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

j) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabila la data incheierii contractului; furnizorul are obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului;

k) programul de lucru:

1. sediul social lucrativ;

2. punctul de lucru;

l) copie de pe actul constitutiv;

m) imputernicire legalizata pentru persoana desemnata ca imputernicit legal in relatia cu casa de asigurari de sanatate, dupa caz;

n) copie de pe buletin/carta de identitate al/a reprezentantului legal/imputernicitului furnizorului si datele de contact ale acestuia;

o) declaratie a reprezentantului legal al furnizorului conform careia toate dispozitivele medicale pentru care se solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate corespund denumirii si tipului de dispozitiv prevazut in pachetul de baza si respecta conditiile de acordare prevazute in prezenta hotarare si in norme.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor, depuse in copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" si prin semnatura reprezentantului legal, pe fiecare pagina; aceste documente se transmit si in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi depuse/transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata.

Sectiunea a 3-a Drepturile si obligatiile furnizorilor de dispozitive medicale

Articolul 153

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de dispozitive medicale evaluati au urmatoarele obligatii:

a) sa respecte prevederile legale privind conditiile de introducere pe piata, de comercializare si de punere in functiune a dispozitivelor medicale;

b) sa livreze dispozitivul medical in conformitate cu recomandarea medicului si sa asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale in vigoare, in cazul dispozitivelor medicale care necesita service;

- c) sa livreze dispozitivele medicale si sa desfasoare activitati de protezare numai la sediul social lucrativ sau la punctul/punctele de lucru pentru care detin dovada de evaluare;
- d) sa verifice la livrare, dupa caz, adaptabilitatea si buna functionare a dispozitivului medical;
- e) sa livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat in nota de comanda, astfel incat datele avute in vedere de catre medicul specialist la emiterea recomandarii medicale sa nu sufera modificari, in conditiile in care asiguratul respecta programarea pentru proba si predarea dispozitivului medical la comanda;
- f) sa transmita Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, in vederea calcularii preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere, preturile de vanzare cu amanuntul si sumele de inchiriere ale dispozitivelor medicale, care trebuie sa fie aceleasi cu cele prevazute la art. 152 alin. (1) lit. g), insotite de certificatele de inregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sanatatii/Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale ori de documentele de inregistrare dintr-un stat membru din Spatiul Economic European si/sau de declaratiile de conformitate CE emise de producatori, dupa caz;
- g) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- h) sa intocmeasca si sa depuna la casa de asigurari de sanatate, pana la data prevazuta in contractul de furnizare de dispozitive medicale, facturile insotite de documentele necesare in vederea decontarii dispozitivelor medicale in ambulatoriu, conform si in conditiile stabilite prin norme. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate; imputernicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoana care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care isi desfasoara activitatea medicul prescriptor;
- i) sa respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale in mod nediscriminatoriu;
- j) sa anunte casa de asigurari de sanatate, in cazul dispozitivelor medicale la comanda, despre primirea deciziilor de aprobare, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii acestora;
- k) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Incepand cu data implementarii sistemului de raportare in timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluati pentru indeplinirea acestei obligatii; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de dispozitive medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii dispozitivelor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data eliberarii/expedierii dispozitivelor medicale. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua

eliberarii/expedierii dispozitivelor medicale si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data.

Lit. k) a art. 153 a fost modificata de pct. 25 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

l) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

m) sa respecte toate prevederile legale in vigoare privind certificarea dispozitivelor medicale, prezentand in acest sens casei de asigurari de sanatate cu care incheie contract documentele justificative;

n) sa reinnoiasca, pe toata perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului si dovada asigurarii de raspundere civila pentru furnizor - atat pentru sediul social lucrativ, cat si pentru punctele de lucru, precum si dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia;

o) sa asigure acordarea dispozitivelor medicale beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa asigure, dupa caz, acordarea dispozitivelor medicale, in baza prescriptiei medicale eliberate de medicii de specialitate aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

p) sa intocmeasca evidente distincte pentru dispozitivele medicale acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, si sa raporteze lunar/trimestrial, in vederea decontarii caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatii contractuale, facturile, insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale si, dupa caz, de documentele justificative/documentele insotitoare, la preturile de referinta/sumele de inchiriere stabilite pentru cetatenii romani asigurati;

q) sa intocmeasca evidente distincte pentru dispozitivele medicale acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei, si sa raporteze lunar/trimestrial, in vederea decontarii caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, facturile, insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale si, dupa caz, de documentele justificative/documentele insotitoare, la preturile de referinta/sumele de inchiriere stabilite pentru cetatenii romani asigurati;

r) sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile

ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea eliberarii dispozitivelor medicale, cu exceptia situatiilor prevazute in norme; dispozitivele medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

s) sa anunte in termen de 5 zile lucratoare casa de asigurari de sanatate cu care au incheiat contract recuperarea de la asigurat a dispozitivului medical dupa perioada de inchiriere la termen/inainte de termen;

s) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata.

Dispozitivele medicale eliberate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data eliberarii, pentru dispozitivele eliberate in luna pentru care se face raportarea; in situatia in care dispozitivul medical se elibereaza prin posta, curierat, transport propriu ori inchiriat, in maximum 3 zile lucratoare de la data expedierii dispozitivului medical; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua eliberarii/expedierii dispozitivului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data.

Dispozitivele medicale din pachetul de baza eliberate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea eliberarii dispozitivelor medicale;

Lit. s) a art. 153 a fost modificata de pct. 25 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

t) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate dispozitivele medicale din pachetul de baza eliberate - altele decat cele transmise in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in conditiile lit. s), in maximum 72 de ore de la momentul eliberarii dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale de catre beneficiar sau de catre apartinatorul beneficiarului - membru al familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), imputernicit legal, pentru dispozitivele eliberate in luna pentru care se face raportarea; in situatia in care dispozitivul medical se elibereaza prin posta, curierat, transport propriu ori inchiriat, in maximum 72 de ore de la momentul expedierii dispozitivului medical.

Asumarea dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 , republicata. In situatia nerespectarii acestei obligatii dispozitivele medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

Lit. t) a art. 153 a fost modificata de pct. 25 al art. I din HOTARAREA nr. 432 din 16 iunie 2016 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 465 din 22 iunie 2016.

t) sa livreze in baza contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, numai dispozitivele medicale care corespund denumirii si tipului de dispozitiv prevazut in pachetul de baza si respecta conditiile de acordare prevazute in prezenta hotarare si in norme; nerespectarea acestei obligatii conduce la rezilierea contractului si recuperarea de catre casa de asigurari de sanatate a sumelor decontate pentru dispozitivele medicale care nu au indeplinit aceste cerinte.

Articolul 154

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de dispozitive medicale au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca de la casa de asigurari de sanatate contravaloarea dispozitivelor medicale furnizate, conform facturilor emise si documentelor insotitoare, inclusiv sumele de inchiriere, in termen de 30 de zile de la data validarii documentelor necesar a fi depuse in vederea decontarii. Validarea documentelor de catre casele de asigurari de sanatate se face in termen de 10 zile lucratoare de la data depunerii acestora;

b) sa fie informati ori de cate ori este nevoie asupra modalitatii de incheiere a contractelor de furnizare a dispozitivelor medicale, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

c) sa incaseze contributie personala de la asigurati, in conditiile prevazute in norme.

Sectiunea a 4-a Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Articolul 155

In relatiile contractuale cu furnizorii de dispozitive medicale, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale autorizati si evaluati, astfel incat sa se asigure punerea in aplicare a prevederilor prezentului contract-cadru, si sa faca publica in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, inclusiv pe site-ul casei de asigurari de sanatate, lista, in ordine alfabetica, a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ si punctul de lucru, pentru informarea asiguratului; sa actualizeze toate modificarile facute la contracte prin acte aditionale, pe perioada derularii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate a listei acestora si a datelor de contact, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data incheierii actelor aditionale;

b) sa informeze in prealabil intr-un numar de zile similar celui prevazut la art. 186 alin. (1) furnizorii de dispozitive medicale asupra conditiilor de contractare, precum si in cazul modificarilor aparute ulterior ca urmare a modificarii actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative; sa informeze furnizorii de dispozitive medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, inteleggerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate;

c) sa emita decizii privind aprobarea procurarii/inchirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale si in limita bugetului aprobat; modelul deciziei pentru aprobarea procurarii/inchirierii de dispozitive medicale este prevazut in norme;

d) sa precizeze in decizia de procurare/inchiriere a dispozitivului medical pretul de referinta/suma de inchiriere suportat/suportata de casa de asigurari de sanatate din Fond pentru dispozitivul medical si sa specifice pe versoul deciziei, in ordine alfabetica, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizeaza dispozitivul medical aprobat in decizie cu care casa de asigurari de sanatate se afla in relatii contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ si punctul de lucru pentru informarea asiguratului;

e) sa respecte dreptul asiguratului de a-si alege furnizorul de dispozitive medicale;

f) sa efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de catre furnizor si a documentelor obligatorii care le insotesc. Validarea documentelor justificative se efectueaza in termen de 10 zile lucratoare de la data primirii documentelor;

g) sa verifice daca emitentul prescriptiei medicale se afla in relatii contractuale cu o casa de asigurari de sanatate. Prin emitent se intelege furnizorul de servicii medicale, si nu cel de dispozitive medicale;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de dispozitive medicale, la termenele prevazute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

j) sa publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurari de sanatate cu destinatia dispozitive medicale in ambulatoriu, precum si orice modificare a acestuia pe parcursul anului;

k) sa actualizeze toate modificarile facute la contracte prin acte aditionale, pe perioada derularii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate a listei acestora si a datelor de contact, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data incheierii actelor aditionale.

Sectiunea a 5-a Decontarea dispozitivelor medicale

Articolul 156

(1) Suma maxima care se suporta de casele de asigurari de sanatate din Fond pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este pretul de referinta ori, dupa caz, suma de inchiriere. Preturile de referinta si sumele de inchiriere corespunzatoare categoriilor si tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, precum si metodologia de stabilire a acestora se elaboreaza in termen de 90 de zile de la intrarea in vigoare a prezentei hotarari si se aproba prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(2) Pana la intrarea in vigoare a ordinului prevazut la alin. (1) sunt aplicabile prevederile Ordinului presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 188/2013 pentru aprobarea metodologiei de stabilire a preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere corespunzatoare categoriilor si tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare.

(3) Dispozitivele medicale care se acorda pentru o perioada determinata, prin inchiriere, se stabilesc prin norme. Suma de inchiriere este suma pe care o deconteaza casele de asigurari de sanatate pentru dispozitivele acordate pentru o perioada determinata.

Articolul 157

(1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza integral pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical, daca acesta este mai mic decat pretul de referinta. Daca pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical este mai mare decat pretul de referinta, diferenta se suporta de asigurat prin contributie personala si se achita direct furnizorului, care elibereaza chitanta sau bon fiscal ori, la cererea asiguratului, si factura.

(2) Casele de asigurari de sanatate deconteaza integral suma de inchiriere a dispozitivului medical, daca aceasta este mai mica decat suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Daca suma de inchiriere a dispozitivului medical este mai mare decat suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, diferenta se suporta de asigurat prin contributie personala si se achita direct furnizorului, care elibereaza chitanta sau bon fiscal ori, la cererea asiguratului, si factura.

(3) Pentru persoanele prevazute in legi speciale, care beneficiaza de gratuitate din Fond in conditiile prevederilor legale in vigoare, in situatia in care pentru un dispozitiv medical preturile de vanzare cu amanuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflati in relatie contractuala cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate sunt mai mari decat pretul de referinta al acestui dispozitiv medical, casa de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea dispozitivului medical la pretul cel mai mic de vanzare cu amanuntul. In situatia in care pentru un dispozitiv medical preturile de vanzare cu amanuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflati in relatie contractuala cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate sunt mai mici sau mai mari decat pretul de referinta, casele de asigurari de sanatate deconteaza integral pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical daca acesta este mai mic decat pretul de referinta, respectiv pretul de referinta, daca pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical este mai mare decat pretul de referinta.

(4) Pentru persoanele prevazute in legi speciale, care beneficiaza de gratuitate din Fond in conditiile prevederilor legale in vigoare, in situatia in care pentru un dispozitiv medical sumele de inchiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflati in relatie contractuala cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate sunt mai mari decat suma de inchiriere a acestui dispozitiv medical, stabilita conform metodologiei aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, casa de asigurari de sanatate deconteaza suma de inchiriere cea mai mica. In situatia in care pentru un dispozitiv medical sumele de inchiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflati in relatie contractuala cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate sunt mai mici sau mai mari decat suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, casele de asigurari de sanatate deconteaza integral suma de inchiriere a dispozitivului medical, daca aceasta este mai mica decat suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobate prin ordin al presedintelui Casei

Nationale de Asigurari de Sanatate, respectiv suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, daca suma de inchiriere a dispozitivului medical este mai mare.

(5) Casele de asigurari de sanatate deconteaza partial suma de inchiriere a dispozitivului medical, proportional cu numarul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectiva.

Articolul 158

(1) Pentru incadrarea in fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale si asigurarea accesului asiguratilor la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurari de sanatate vor analiza lunar numarul de cereri, respectiv numarul de decizii privind aprobarea procurarii/inchirierii dispozitivelor medicale emise in luna anterioara, alcatuind, dupa caz, liste de prioritate pentru asigurati, pe categorii de dispozitive medicale.

(2) Criteriile de prioritate, precum si cele pentru solutionarea listelor de prioritate tin cont de data inregistrarii cererilor la casa de asigurari de sanatate si de nivelul de urgenta, se stabilesc de catre serviciul medical al casei de asigurari de sanatate, cu avizul consiliului de administratie, se aproba prin decizie de catre presedintele-director general si se publica pe pagina web a casei de asigurari de sanatate.

Articolul 159

(1) Dispozitivele medicale se acorda in baza prescriptiei medicale eliberate de medicul de specialitate aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, direct sau prin reprezentantul legal, si a cererii scrise intocmite de asigurat, de catre unul dintre membrii de familie: parinte, sot/sotie, fiu/fiica, de catre o persoana imputernicita legal in acest sens de catre asigurat sau de catre reprezentantul legal al asiguratului. Imputernicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoana care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care isi desfasoara activitatea medicul prescriptor. Prescriptia medicala va contine in mod obligatoriu numele casei de asigurari de sanatate cu care medicul care elibereaza prescriptia medicala se afla in relatie contractuala si numarul contractului. Prescriptia medicala va fi intocmita in limita competentei medicului prescriptor. Cererea se inregistreaza la casa de asigurari de sanatate in ale carei evidente se afla asiguratul. Medicul sau reprezentantul legal al medicului reprezinta furnizorul de servicii medicale, si nu cel de dispozitive medicale.

(2) Pentru dispozitivele de protezare stomii si incontinenta urinara, cu exceptia cateterului urinar, recomandarea se poate face si de catre medicul de familie pe lista caruia se afla inscris asiguratul, aflat in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate unde este in evidenta si asiguratul, in baza scrisorii medicale, conform modelului prevazut in norme, sau a biletului de iesire din spital transmise de catre medicul de specialitate aflat in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate. Prescriptia medicala va contine in mod obligatoriu in acest caz si numele casei de asigurari de sanatate cu care medicul de specialitate care a transmis scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital se afla in relatie contractuala si numarul contractului incheiat de catre acesta sau reprezentantul legal.

(3) Modul de prescriere, procurare/inchiriere si decontare a dispozitivelor medicale se stabileste prin norme.

(4) Medicii de specialitate aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care prescriu dispozitive medicale si isi desfasoara activitatea in cadrul unei unitati sanitare autorizate si

evaluate, trebuie sa respecte prevederile art. 389 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, in relatia cu furnizorii de dispozitive medicale.

Sectiunea a 6-a Sanctiuni, conditii de reziliere, incetare si suspendare a contractelor de furnizare de dispozitive medicale

Articolul 160

(1) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 153 lit. a)-e), g)-m), o)-q) si s) se aplica urmatoarele masuri:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(2) Retinerea sumei potrivit alin. (1) se face din prima plata ce urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) se face prin plata directa sau executare silita, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(4) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeaasi destinatie.

Articolul 161

Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspenda incepand cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

b) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

c) nerespectarea de catre furnizori a termenelor de plata a contributiei la Fond, de la data constatarii de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate de catre acestea la furnizori pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor;

d) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 152 alin. (1) lit. a)-c) si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 153 lit. n), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea/dobandirea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/retragerii/revocarii acestuia.

Articolul 162

Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

- a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de catre organele in drept a avizului de functionare a furnizorului de dispozitive medicale;
- b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
- c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu detine certificat de inregistrare a dispozitivului medical, emis de Ministerul Sanatatii, si/sau declaratia de conformitate CE emisa de producator, dupa caz;
- d) la prima constatare dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 160 alin. (1);
- e) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate toate documentele justificative si pe cele de evidenta financiar-contabila privind livrarea, punerea in functiune si service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind decontarea din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;
- f) daca din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice.

Articolul 163

Contractul de furnizare de dispozitive medicale inceteaza in urmatoarele situatii:

- a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:
 - a1) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;
 - a2) incetarea definitiva a activitatii caselor de asigurari de sanatate;
- b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;
- c) acordul de vointa al partilor;
- d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa si motivata, in care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului;
- e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului, in conditiile art. 161 lit. d), cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului si a retragerii avizului de functionare a furnizorului.

Capitolul XII

Dispozitii finale

Articolul 164

Centrele de sanatate cu personalitate juridica infiintate de Ministerul Sanatatii, care au in structura paturi de spital si ambulatoriu, incheie contract direct cu casele de asigurari de sanatate pentru activitatea medicala desfasurata in calitate de furnizor de servicii medicale. Pentru serviciile medicale acordate se aplica aceleasi prevederi prevazute in prezentul contract-cadru si in norme, referitoare la serviciile medicale spitalicesti si serviciile medicale ambulatorii.

Articolul 165

Pentru centrele de sanatate cu paturi, fara personalitate juridica, infiintate de Ministerul Sanatatii, care se afla in structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia in calcul la incheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurari de sanatate si activitatea medicala desfasurata in centrul de sanatate, considerat sectie a spitalului respectiv.

Articolul 166

Pentru centrele de sanatate fara paturi si fara personalitate juridica, infiintate de Ministerul Sanatatii, care se afla in structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia in calcul la incheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurari de sanatate si activitatea medicala desfasurata in centrul de sanatate.

Articolul 167

(1) Casele de asigurari de sanatate incheie contracte cu reprezentantii legali ai centrelor de sanatate multifunctionale infiintate ca unitati cu personalitate juridica, separat pentru fiecare tip de asistenta medicala potrivit structurii aprobate, conform prevederilor contractului-cadru si ale normelor.

(2) Casele de asigurari de sanatate incheie contracte/acte aditionale de furnizare de servicii medicale cu reprezentantii legali ai spitalelor pentru centrele de sanatate multifunctionale fara personalitate juridica din structura acestora, separat pentru fiecare tip de asistenta medicala potrivit structurii aprobate pentru centrul de sanatate multifunctional, conform prevederilor contractului-cadru si ale normelor.

Articolul 168

Incepand cu data intrarii in vigoare a dispozitiilor prezentei hotarari, contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente, cu si fara contributie personala, in tratamentul ambulatoriu si de dispozitive medicale se incheie pana la data de 31 decembrie 2016. Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor si a dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului in curs se poate efectua in luna decembrie pentru serviciile efectuate si facturate pana la data prevazuta in documentele justificative depuse in vederea decontarii, in limita bugetului aprobat, urmand ca diferenta reprezentand servicii realizate si nedecontate sa se deconteze in luna ianuarie a anului urmator.

Articolul 169

Contractele incheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente si de dispozitive medicale pentru anii 2014-2015 se prelungesc prin acte aditionale pana la incheierea noilor contracte. Suma inregistrata in actul aditional va fi consemnata distinct ca suma inclusa in valoarea totala in contractul pe anii 2016-2017. Conditiiile acordarii asistentei medicale in baza actului aditional sunt cele prevazute in actele normative in vigoare pe perioada derularii actelor aditionale.

Articolul 170

(1) Sunt incluse in lista de medicamente - denumiri comerciale - de care beneficiaza asiguratii in tratamentul ambulatoriu, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, care se aproba prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, numai medicamentele cu studii de bioechivalenta, cu exceptia situatiilor in care medicamentul respectiv nu este inclus in lista medicamentelor care necesita studii de bioechivalenta, conform normelor in vigoare, si a situatiilor in care pentru o anumita denumire comuna internationala nu exista medicamente care detin astfel de studii.

(2) Criteriile prevazute la alin. (1) se aplica si in cazul medicamentelor prescrise pentru tratamentul afectiunilor persoanelor prevazute la art. 224 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, precum si pentru femeile gravide si lauze.

Articolul 171

Pentru furnizorii de servicii medicale se recomanda respectarea ghidurilor si protocoalelor de practica medicala elaborate conform dispozitiilor legale in vigoare.

Articolul 172

(1) Este interzisa eliberarea in cadrul cabinetelor medicale aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, indiferent de forma lor de organizare, a medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008 , cu modificarile si completarile ulterioare, cu exceptia situatiilor expres prevazute de legislatia in vigoare. In urma oricaror sesizari privind eliberarea in cadrul cabinetelor medicale a medicamentelor, cu exceptia celor prevazute de legislatia in vigoare, reprezentantii Colegiului Farmacistilor din Romania au dreptul de a participa la verificarile facute de organele de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/caselor de asigurari de sanatate.

(2) In cazul nerespectarii prevederilor alin. (1) de catre cabinetele medicale individuale, contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza cu data la care casa de asigurari de sanatate constata aceasta situatie.

(3) Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, in cazul nerespectarii prevederilor alin. (1), contractul de furnizare de servicii medicale se modifica prin excluderea din contract a medicilor la care se inregistreaza aceasta situatie, incepand cu data la care situatia este constatata de catre casa de asigurari de sanatate.

(4) Este interzisa eliberarea fara prescriptie medicala a medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008 , cu modificarile si completarile ulterioare, cu exceptia situatiilor expres prevazute de legislatia in vigoare.

Articolul 173

(1) Prezentarea cardului national de asigurari sociale de sanatate la furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale se face in conditiile prevazute in norme.

(2) Este interzisa retinerea la nivelul furnizorilor de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale a cardurilor nationale de asigurari sociale de sanatate activate.

(3) In situatia nerespectarii prevederilor alin. (2), se anunta organele abilitate potrivit legii.

Articolul 174

Furnizorii de servicii medicale sunt obligati sa transmita directiilor de sanatate publica judetene, respectiv a municipiului Bucuresti datele de identificare ale persoanelor inregistrate la acestia, pentru cazurile prevazute de Hotararea Guvernului nr. 589/2007 privind stabilirea metodologiei de raportare si de colectare a datelor pentru supravegherea bolilor transmisibile si de Ordinul ministrului sanatatii publice nr. 1.466/2008 pentru aprobarea circuitului informational al fisei unice de raportare a bolilor transmisibile.

Articolul 175

Casele de asigurari de sanatate sunt obligate:

- a) sa raporteze Casei Nationale de Asigurari de Sanatate datele solicitate privind activitatea desfasurata de furnizorii de servicii medicale, pe baza contractelor incheiate cu acestia, precum si evidenta asiguratilor si a documentelor justificative utilizate in formatul si la termenele prevazute;
- b) sa respecte termenele de raportare stabilite de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; sa raporteze Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, pana la data de 15 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru, datele solicitate in vederea calcularii valorilor definitive ale punctelor;
- c) sa monitorizeze pe baza codului numeric personal/codului unic de asigurare al fiecarui asigurat numarul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se afla in relatie contractuala si sa afiseze lunar pe pagina web un raport privind neregulile constatate in acest sens;
- d) sa monitorizeze lunar consumul de medicamente cu si fara contributie personala, pe medic si pe asigurat, pe baza raportarilor validate de aceasta;
- e) sa tina evidenta deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale si a serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative pe fiecare asigurat, precum si evidenta dispozitivelor medicale/zile de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative decontate pe fiecare asigurat;
- f) sa controleze actele de evidenta financiar-contabila ale serviciilor medicale furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;
- g) sa verifice prescrierea medicamentelor si recomandarea investigatiilor paraclinice de catre furnizorii de servicii medicale, in conformitate cu reglementarile in vigoare, si sa afiseze lunar pe pagina web informatii semnificative in acest sens, cu respectarea prevederilor legale in vigoare;
- h) sa verifice activitatea furnizorilor de dispozitive medicale conform contractelor incheiate cu acestia;
- i) sa efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguratilor conform contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale;
- j) sa controleze furnizorii de medicamente privind modul de desfasurare a activitatii ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;
- k) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate;
- l) sa afiseze pe pagina web proprie toate formularele tipizate, fara regim special, conform modelelor standardizate prevazute in norme;

m) sa organizeze evidenta contractelor pe care furnizorii din ambulatoriul de specialitate clinic le au incheiate cu furnizorii de servicii de sanatate conexe actului medical, organizati in baza Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2000 , aprobata cu modificari prin Legea nr. 598/2001 , si, dupa caz, conform Legii nr. 213/2004 , cu modificarile ulterioare, respectiv cu furnizorii de servicii de sanatate conexe actului medical care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice;

n) sa respecte prevederile Planului national de paturi corespunzator anilor 2016, respectiv 2017.

o) sa tina evidenta distincta pentru serviciile medicale, medicamentele si dispozitivele medicale acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , dupa caz, precum si din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care beneficiaza de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale acordate pe teritoriul Romaniei;

p) sa transmita directiilor de sanatate publica judetene, respectiv a municipiului Bucuresti programul de activitate a furnizorilor de servicii medicale prezentat la contractare, precum si modificarile ulterioare;

q) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor si materialelor sanitare in tratamentul ambulatoriu, respectiv dispozitivelor medicale in ambulatoriu, acordate, dupa caz, posesorilor de card european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 , precum si pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale, urmand sa intocmeasca ulterior formularele specifice si sa le transmita spre decontare, prin intermediul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, institutiilor competente din statele ai caror asigurati sunt;

r) sa afiseze lunar/trimestrial pe pagina web proprie sumele decontate din Fond conform contractelor incheiate, pentru serviciile medicale, medicamentele cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu si dispozitivele medicale in ambulatoriu.

Articolul 176

Casele de asigurari de sanatate si furnizorii de servicii medicale, de medicamente in tratamentul ambulatoriu, precum si de dispozitive medicale au obligatia de a respecta prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, cu modificarile si completarile ulterioare.

Articolul 177

Lista de servicii medicale acordate la nivel regional, precum si modalitatea de incheiere a contractelor de furnizare de servicii medicale cu mai multe case de asigurari de sanatate dintr-o anumita regiune se stabilesc prin norme de la data implementarii acesteia.

Articolul 178

Orice împrejurare independenta de vointa partilor, intervenita in termenele de depunere a cererilor insotite de documentele prevazute de actele normative in vigoare, necesare incheierii si negocierii contractelor, sau dupa data semnarii contractului/conventiei si care impiedica executarea acestuia/acesteia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. In intelesul prezentului contract-cadru, prin forta majora se intelege: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo. Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte, in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora, si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore.

Articolul 179

Documentele justificative privind raportarea activitatii realizate se stabilesc prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Articolul 180

(1) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate elaboreaza, in temeiul art. 229 alin. (4) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite norme, in urma negocierii cu Colegiul Medicilor din Romania, Colegiul Medicilor Dentisti din Romania, Colegiul Farmacistilor din Romania, Ordinul Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor si Asistentilor Medicali din Romania, Ordinul Biochimistilor, Biologilor si Chimistilor in Sistemul Sanitar din Romania, precum si cu consultarea organizatiilor patronale, sindicale si profesionale reprezentative din domeniul medical, norme care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(2) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate avizeaza normele proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizarii asistentei medicale, elaborate in termen de 30 de zile de la data intrarii in vigoare a normelor prevazute la alin. (1) de Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al ministrilor si conducatorilor institutiilor centrale cu retele sanitare proprii.

Articolul 181

(1) Serviciile medicale, medicamentele cu si fara contributie personala si unele materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu se acorda in baza contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate judetene, respectiv a municipiului Bucuresti si Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, precum si intre furnizori si Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa caz. Furnizorii negociaza contractele cu casele de asigurari de sanatate in conformitate si in limitele prevazute de legislatia in vigoare, cu respectarea modelelor de contract prevazute in norme.

(2) Utilizarea modelelor de contract este obligatorie; in cuprinsul contractelor pot fi prevazute clauze suplimentare negociate intre partile contractante, potrivit prevederilor art. 256 din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare.

(3) Repartizarea fondurilor destinate serviciilor medicale, medicamentelor si dispozitivelor medicale pe casele de asigurari de sanatate se face, in conditiile legii, de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa retinerea la dispozitia sa a unei sume suplimentare reprezentand 3% din fondurile prevazute cu aceasta destinatie. Aceasta suma se utilizeaza in situatii justificate, in conditiile legii, si se repartizeaza pana la data de 30 noiembrie a fiecarui an.

Articolul 182

Conditiiile acordarii asistentei medicale se aplica in mod unitar atat furnizorilor publici, cat si celor privati.

Articolul 183

(1) Raporturile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale si casele de asigurari de sanatate prevazute la art. 181 alin. (1) sunt rapoorturi juridice civile care vizeaza actiuni multianuale si se stabilesc si se desfasoara pe baza de contract. In situatia in care este necesara modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate si stipulate in acte aditionale. Angajamentele legale din care rezulta obligatii nu pot depasi creditele de angajament si creditele bugetare aprobate.

(2) Creditele bugetare aferente actiunilor multianuale reprezinta limita superioara a cheltuielilor care urmeaza a fi ordonantate si platite in cursul exercitiului bugetar. Platile respective sunt aferente angajamentelor efectuate in limita creditelor de angajament aprobate in exercitiul bugetar curent sau in exercitiile bugetare anterioare.

(3) Sumele nedecontate pentru serviciile medicale, medicamentele cu si fara contributie personala si unele materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, efectuate in luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost inregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului in curs si se inregistreaza atat la plati, cat si la cheltuieli in anul curent, cu aprobarea ordonatorului principal de credite, in limita creditelor bugetare si de angajament aprobate cu aceasta destinatie prin legile bugetare anuale.

(4) Totalul angajamentelor legale aferente serviciilor medicale, medicamentelor cu si fara contributie personala si unor materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, dispozitivelor medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, efectuate in luna decembrie a anului precedent, la nivelul casei de asigurari de sanatate, nu poate depasi media lunara a primelor 11 luni ale aceluiasi an.

Articolul 184

In cuprinsul prezentului contract-cadru, termenii si expresiile de mai jos semnifica dupa cum urmeaza:

- a) case de asigurari de sanatate - casele de asigurari de sanatate judetene, respectiv a municipiului Bucuresti si Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti;
- b) norme - normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;
- c) Fond - Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;
- d) dispozitive medicale - dispozitivele medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu;
- e) pachetul de servicii de baza - se acorda asiguratilor si cuprinde serviciile medicale, serviciile de ingrijire a sanatatii, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale si alte servicii la care au dreptul asiguratii;

f) pachetul minimal de servicii - in sistemul asigurarilor sociale de sanatate - se acorda persoanelor care nu fac dovada calitatii de asigurat si cuprinde servicii de ingrijire a sanatatii, medicamente si materiale sanitare numai in cazul urgentelor medico-chirurgicale si al bolilor cu potential endemoepidemic, monitorizarea evolutiei sarcinii si a lăuzei, servicii de planificare familiala, servicii de preventie;

g) frecventa/plafon - frecventa exprima regularitatea cu care se acorda serviciile medicale, iar plafonul reprezinta numarul maxim de servicii acordate;

h) ghiduri de practica clinica - recomandari dezvoltate in mod transparent si sistematic prin metodele medicinei bazate pe dovezi, cu scopul orientarii deciziei privind interventiile in sanatate;

i) traseu sau circuit clinic - planuri de management al cazului care contin actele medicale necesare, ordinea realizarii lor in cadrul procesului de ingrijire, frecventa de repetare, dupa caz, secventa acestora, roluri si responsabilitati specifice, precum si conditiile de trimitere a cazului intre profesionistii implicati, la toate nivelele de ingrijire ale sistemului de sanatate pentru o afectiune sau un grup de afectiuni specificate. Planurile de management al cazului se intocmesc de catre medici pentru pacientii cu afectiuni cronice. Traseele clinice reprezinta principalul instrument operational pentru integrarea si coordonarea serviciilor de sanatate;

j) cazurile de urgenta medico-chirurgicala - cazurile de cod rosu, cod galben si cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare;

k) spitalizarea evitabila - spitalizarea continua care apare pentru afectiuni care pot fi abordate si rezolvate prin servicii medicale eficiente si acordate la timp la alte nivele ale sistemului de sanatate: medic de familie, ambulatoriu de specialitate, spitalizare de zi;

l) episodul de boala pentru afectiuni acute este initiat la primul contact al pacientului cu sistemul de sanatate pentru o problema de sanatate si este limitat in timp, de regula la 3 luni - fie prin evolutia cu durata limitata a bolii catre vindecare, fie prin transformarea in boala cronica - problema de sanatate nou-aparuta primeste un diagnostic de boala cronica;

m) serviciu medical - caz - totalitatea serviciilor acordate unui asigurat pentru o cura de servicii de acupunctura.

Articolul 185

(1) Furnizorii si casele de asigurari de sanatate aflati in relatie contractuala au obligatia sa respecte prevederile prezentei hotarari si ale normelor.

(2) Nerespectarea obligatiilor contractuale de catre parti conduce la aplicarea masurilor prevazute in contractele incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate.

Articolul 186

(1) Casele de asigurari de sanatate/Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa caz, comunica termenele de depunere/transmitere a cererilor insotite de documentele prevazute de actele normative in vigoare, necesare incheierii si negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente si unele materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale in ambulatoriu, inclusiv termenul-limita de incheiere a contractelor, prin afisare la sediile institutiilor,

publicare pe paginile web ale acestora si anunt in mass-media, cu minimum 5 zile lucratoare inainte de inceperea perioadei de depunere/transmitere a documentelor de mai sus, respectiv cu minimum 5 zile lucratoare inainte de inceperea perioadei in care se incheie contractele in vederea respectarii termenului-limita de incheiere a acestora.

(2) In cazul in care furnizorii de servicii medicale, furnizorii de medicamente si unele materiale sanitare si de dispozitive medicale depun/transmit cererile insotite de documentele prevazute de actele normative in vigoare, necesare incheierii si negocierii contractelor, la alte termene decat cele stabilite si comunicate de catre casele de asigurari de sanatate, respectiv de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa caz, si nu participa la negocierea si incheierea contractelor in termenele stabilite de catre acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfasura activitatea respectiva in sistemul de asigurari sociale de sanatate pana la termenul urmator de contractare, cu exceptia situatiilor ce constituie cazuri de forta majora, confirmate de autoritatea publica competenta, potrivit legii, si notificate de indata casei de asigurari de sanatate, respectiv Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(3) Casele de asigurari de sanatate/Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa caz, pot stabili si alte termene de contractare, in functie de necesarul de servicii medicale, de medicamente si unele materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale in ambulatoriu, in limita fondurilor aprobate fiecarui tip de asistenta.

Articolul 187

(1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor si a unor materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, precum si a dispozitivelor medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, conform contractelor incheiate cu furnizorii, pe baza facturii si documentelor justificative stabilite conform prevederilor legale in vigoare, care se depun/transmit si se inregistreaza la casele de asigurari de sanatate in luna urmatoare celei pentru care se face raportarea activitatii realizate.

(2) Refuzul caselor de asigurari de sanatate de a incheia contracte cu furnizorii, denuntarea unilaterala a contractului, precum si raspunsurile la cererile si la sesizarile furnizorilor se vor face in scris si motivat, cu indicarea temeiului legal, in termen de 30 de zile.

(3) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea contractelor dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate/Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa caz, se solutioneaza de catre Comisia de arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare, sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

Articolul 188

(1) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in

niciun alt contract de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(3) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica potrivit prevederilor alin. (1) si (2), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (2) in contractele de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(4) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (1)-(3) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

Articolul 189

(1) Organizarea si efectuarea controlului furnizarii serviciilor medicale, medicamentelor si a unor materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu si a dispozitivelor medicale acordate asiguratilor in ambulatoriu in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate se realizeaza de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si casele de asigurari de sanatate. La efectuarea controlului pot participa si reprezentanti ai Colegiului Medicilor din Romania, Colegiului Medicilor Dentisti din Romania, Colegiului Farmacistilor din Romania si ai Ordinului Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor si Asistentilor Medicali din Romania.

(2) La efectuarea controlului de catre reprezentantii Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, respectiv ai caselor de asigurari de sanatate, in cazul in care se solicita participarea reprezentantilor Colegiului Medicilor din Romania, Colegiului Medicilor Dentisti din Romania, Colegiului Farmacistilor din Romania si ai Ordinului Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor si Asistentilor Medicali din Romania, dupa caz, acestia participa la efectuarea controlului.

(3) Controlul privind respectarea obligatiilor contractuale ale furnizorilor se organizeaza si se efectueaza de catre casele de asigurari de sanatate si/sau de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa caz.

(4) In cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate.

Articolul 190

(1) Furnizorii au obligatia de a pune la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate toate documentele justificative care atesta furnizarea serviciilor efectuate si raportate in relatia contractuala cu casele de asigurari de sanatate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control.

(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control toate documentele justificative care atesta furnizarea serviciilor raportate in relatia contractuala cu casele de asigurari de sanatate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documente medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de

control, conform solicitarii scrise a organelor de control, se sanctioneaza conform legii si poate conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

Articolul 191

(1) Furnizorii de servicii medicale, cu exceptia unitatilor sanitare de medicina muncii - boli profesionale, cu personalitate juridica, si a sectiilor de boli profesionale, precum si a cabinetelor de medicina muncii aflate in structura spitalelor, au obligatia sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile ce reprezinta accidente de munca si boli profesionale si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care sunt in relatie contractuala. Pana la stabilirea caracterului "de munca" al accidentului sau a caracterului "profesional" al bolii, conform prevederilor legale in vigoare, contravaloarea serviciilor medicale, precum si a medicamentelor si unor materiale sanitare acordate persoanelor in cauza se suporta din bugetul Fondului, urmand ca, ulterior, sumele decontate sa se recupereze de casele de asigurari de sanatate din contributiile de asigurari pentru accidente de munca si boli profesionale, dupa caz. Sumele incasate de la casele de pensii pentru anul curent reconstituie platile. Sumele incasate de la casele de pensii pentru perioadele anterioare anului curent se evidentiaza la partea de venituri a bugetului Fondului conform legii.

(2) Furnizorii de servicii medicale au obligatia sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane si au obligatia sa comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala aceste evidente, in vederea decontarii, precum si cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective, in vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurari de sanatate pentru cazurile respective. Sumele restituite catre casele de asigurari de sanatate de catre furnizorii de servicii medicale pentru anul curent reconstituie platile. Sumele restituite catre casele de asigurari de sanatate de catre furnizorii de servicii medicale pentru perioadele anterioare anului curent se evidentiaza la partea de venituri a bugetului Fondului conform legii.

Articolul 192

(1) Furnizorii de servicii medicale, de medicamente si unele materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, precum si de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu au obligatia:

a) sa intocmeasca evidente distincte pentru serviciile acordate si decontate din bugetul Fondului, pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, si pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei; in cadrul acestor evidente se vor inregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane si pentru care sunt aplicabile prevederile art. 191 alin. (2);

b) sa raporteze, in vederea decontarii, caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate cu care se afla in relatie contractuala facturile pentru serviciile prevazute la lit. a), insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale si, dupa caz, de documentele justificative/documentele insotitoare, la tarife/preturile de referinta stabilite pentru cetatenii romani asigurati.

(2) Pentru cazurile la care s-a infirmat caracterul profesional al bolii, unitatile sanitare de medicina muncii - boli profesionale, cu personalitate juridica, sectiile de boli profesionale, aflate in relatie contractuala directa cu casele teritoriale de pensii, intocmesc distinct, in vederea validarii si decontarii ulterioare de catre casele de asigurari de sanatate, documentele justificative pentru serviciile acordate pacientilor din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, respectiv pacientilor beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 .

Articolul 193

Potrivit prevederilor prezentei hotarari, atributiile care revin directiilor de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti sunt exercitate si de catre directiile medicale sau de structurile similare din ministerele si institutiile centrale cu retea sanitara proprie, precum si de catre autoritatile publice locale care au preluat managementul asistentei medicale spitalicesti conform legii.

Articolul 194

(1) Toate documentele depuse in copie, necesare incheierii contractelor, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" si semnatura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagina; aceste documente se transmit si in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(2) Toate documentele necesare decontarii serviciilor medicale, a medicamentelor si a unor materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, precum si a dispozitivelor medicale in ambulatoriu se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura/semnatura electronica extinsa a reprezentantilor legali ai furnizorilor.

(3) La contractare furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale depun o declaratie pe propria raspundere din care sa rezulte ca nu au incheiate sau nu incheie pe parcursul derularii raporturilor contractuale cu casele de asigurari de sanatate contracte, conventii sau alte tipuri de intelegeri cu alti furnizori care se afla in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate sau in cadrul aceluiasi furnizor, in scopul obtinerii de catre acestia/personalul care isi desfasoara activitatea la acestia de foloase/beneficii de orice natura, care sa fie in legatura cu obiectul contractelor incheiate cu casele de asigurari de sanatate.

(4) Dispozitiile alin. (3) nu sunt aplicabile pentru situatiile prevazute de prezenta hotarare si normele metodologice de aplicare a acesteia, precum si pentru situatiile rezultate ca urmare a desfasurarii activitatii specifice proprii de catre furnizori.

(5) In situatia in care se constata de catre autoritatile/ organele abilitate, ca urmare a unor sesizari/controale ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/caselor de asigurari de sanatate, incalcarea dispozitiilor prevazute la alin. (3), contractul se reziliaza de plin drept.

(6) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a fost reziliat in conditiile prevazute la alin. (5), casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi timp de 5 ani de la data rezilierii contractului. Casele de asigurari de sanatate nu vor accepta, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului, inregistrarea in niciun alt contract a entitatilor care preiau drepturile si obligatiile acestora sau care au acelasi reprezentant legal si/sau acelasi actionariat.

Articolul 195

- (1) Serviciile care nu sunt decontate din Fond, contravaloarea acestora fiind suportata de asigurat, de unitatile care le solicita, de la bugetul de stat sau din alte surse, dupa caz, sunt urmatoarele:
- a) serviciile medicale acordate in caz de boli profesionale, accidente de munca si sportive, asistenta medicala la locul de munca, asistenta medicala a sportivilor;
 - b) unele servicii medicale de inalta performanta, altele decat cele prevazute in norme;
 - c) unele servicii de asistenta stomatologica, altele decat cele prevazute in norme;
 - d) serviciile hoteliere cu grad inalt de confort;
 - e) corectiile estetice efectuate persoanelor cu varsta peste 18 ani, cu exceptia reconstructiei mamare prin endoprotezare in cazul interventiilor chirurgicale oncologice;
 - f) unele medicamente, materiale sanitare si tipuri de transport, altele decat cele prevazute in norme;
 - g) serviciile medicale solicitate si eliberarea actelor medicale solicitate de autoritatile care prin activitatea lor au dreptul sa cunoasca starea de sanatate a asiguratilor si eliberarea de acte medicale la solicitarea asiguratilor, cu exceptia celor prevazute in norme;
 - h) fertilizarea in vitro;
 - i) asistenta medicala la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate in vederea expertizei capacitatii de munca, a incadrarii si reevaluarii gradului de handicap;
 - j) contravaloarea unor materiale necesare corectarii vazului si auzului;
 - k) contributia personala din pretul medicamentelor, al unor servicii medicale si al dispozitivelor medicale;
 - l) serviciile medicale solicitate de asigurat;
 - m) unele servicii si proceduri de reabilitare, altele decat cele prevazute in norme;
 - n) cheltuielile de personal aferente medicilor si asistentilor medicali, precum si cheltuielile cu medicamente si materiale sanitare din unitatile medico-sociale;
 - o) serviciile acordate in cadrul sectiilor/clinicilor de boli profesionale si cabinetelor de medicina a muncii;
 - p) serviciile hoteliere solicitate de pacientii ale caror afectiuni se trateaza in spitalizare de zi;
 - q) cheltuielile de personal pentru medici, farmacisti si medici dentisti pe perioada rezidentiatului;
 - r) serviciile de planificare familiala acordate de medicul de familie in cabinetele de planning familial din structura spitalului;
 - s) cheltuielile de personal pentru medicii si personalul sanitar din unitatile sau sectiile de spital cu profil de recuperare a distroficilor, recuperare si reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;
 - s) activitatile care prezinta un interes deosebit pentru realizarea strategiei de sanatate publica: dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie;

t) cheltuielile prevazute la art. art. 100 alin. (7), (8) si (13) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, pentru unitatile de primire a urgentelor si compartimentele de primire a urgentelor cuprinse in structura organizatorica a spitalelor de urgenta, aprobate in conditiile legii.

(2) Contributia personala prevazuta la alin. (1) lit. k) se stabileste prin norme.

Articolul 196

(1) Pentru categoriile de persoane prevazute in legi speciale, care beneficiaza de asistenta medicala gratuita suportata din Fond, in conditiile stabilite de reglementarile legale in vigoare, casele de asigurari de sanatate deconteaza suma aferenta serviciilor medicale furnizate prevazute in pachetul de servicii medicale de baza, care cuprinde atat contravaloarea serviciilor medicale acordate oricarui asigurat, cat si suma aferenta contributiei personale prevazute pentru unele servicii medicale ca obligatie de plata pentru asigurat, in conditiile prevazute in norme.

(2) Pentru asiguratii prevazuti la art. 230 alin. (3) din Legea nr. 95/2006 , republicata, cu modificarile ulterioare, din Fond se suporta contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca oricarui alt asigurat.

Articolul 197

(1) Pentru punerea in aplicare a Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 35/2015 pentru modificarea si completarea Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2014 privind salarizarea personalului platit din fonduri publice in anul 2015, precum si alte masuri in domeniul cheltuielilor publice, precum si pentru modificarea si completarea Legii nr. 152/1998 privind infiintarea Agentiei Nationale pentru Locuinte, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 293/2015 , casele de asigurari de sanatate contracteaza cu unitatile sanitare publice o suma corespunzatoare aplicarii unui factor de corectie la valoarea aferenta serviciilor medicale realizate si validate in luna precedenta la nivelul fiecarui furnizor; factorul de corectie este procentul determinat prin raportarea influentelor financiare conform prevederilor Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 35/2015 , aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 293/2015 , aplicabile unitatilor sanitare publice la valoarea aferenta serviciilor medicale realizate si validate in luna precedenta la nivelul fiecarui furnizor.

(2) Fiecare unitate sanitara publica depune pentru contractare o solicitare insotita de documentele justificative pentru punerea in aplicare a prevederilor Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 35/2015 , aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 293/2015 .

(3) Casele de asigurari de sanatate incheie un contract distinct cu fiecare unitate sanitara publica cu care are incheiate contracte pentru furnizare de servicii medicale; modelul de contract este prevazut in norme.

(4) Casele de asigurari de sanatate deconteaza lunar, la termenul prevazut in contract, suma realizata in luna precedenta, dar nu mai mult de suma contractata stabilita potrivit prevederilor alin. (1).

Articolul 198

Sumele corespunzatoare pentru punerea in aplicare a prevederilor art. 3² alin. (6¹) si (7) din Ordonanta de urgenta a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului platit din fonduri publice in anul 2016, prorogarea unor termene, precum si unele masuri fiscal-bugetare, cu modificarile si completarile ulterioare, se acorda unitatilor sanitare publice aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate prin transferuri din bugetul Fondului national unic

de asigurari sociale de sanatate de la o pozitie distincta, pe baza de documente justificative, in conditiile prevazute in norme.

Art. 198 a fost modificat de art. I din HOTARAREA nr. 713 din 28 septembrie 2016 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 767 din 30 septembrie 2016.

Articolul 199

(1) In situatia producerii unor intreruperi in functionarea Platformei informatice din asigurarile de sanatate, denumita in continuare PIAS, constatate si comunicate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate prin publicare pe site-ul propriu, serviciile medicale si dispozitivele medicale se acorda in regim off-line. Transmiterea in PIAS, de catre furnizorii de servicii medicale si de dispozitive medicale, a serviciilor acordate in regim off-line pe perioada intreruperii PIAS si a serviciilor acordate off-line anterior producerii intreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada intreruperii, conform prevederilor contractuale, se face pana la sfarsitul lunii in curs sau cel tarziu pana la termenul de raportare a activitatii lunii anterioare prevazut in contract.

(2) Termenul de raportare a activitatii lunii anterioare prevazut in contractul incheiat intre furnizorii de servicii medicale/de dispozitive medicale si casele de asigurari de sanatate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de intrerupere prevazute la alin. (1) sau a intreruperii functionarii PIAS in perioada de raportare a serviciilor medicale/dispozitivelor medicale.

Art. 199 a fost introdus de art. unic din HOTARAREA nr. 792 din 26 octombrie 2016 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 863 din 28 octombrie 2016.

Articolul 200

(1) In situatia producerii unor intreruperi in functionarea PIAS constatate si comunicate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate prin publicare pe site-ul propriu, furnizorii de medicamente elibereaza in sistem off-line medicamentele din prescriptiile medicale on-line si off-line, in conditiile prevazute in norme. In aceste situatii medicamentele prescrise nu se elibereaza fractionat. Transmiterea in PIAS, de catre furnizorii de medicamente a medicamentelor eliberate in regim off-line pe perioada intreruperii PIAS se face pana la sfarsitul lunii in curs sau cel tarziu pana la termenul de raportare a activitatii lunii anterioare prevazut in contract.

(2) Termenul de raportare a activitatii lunii anterioare prevazut in contractul incheiat intre furnizorii de medicamente si casele de asigurari de sanatate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de intrerupere prevazute la alin. (1) sau a intreruperii functionarii PIAS in perioada de raportare a medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu eliberate.

Art. 200 a fost introdus de art. unic din HOTARAREA nr. 792 din 26 octombrie 2016 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 863 din 28 octombrie 2016.

Articolul 201

Serviciile medicale/Medicamentele/Dispozitivele medicale acordate/eliberate off-line la care se inregistreaza erori in utilizarea cardului de asigurari sociale de sanatate in perioada de intrerupere

a functionarii sistemului national al cardului de asigurari sociale de sanatate se valideaza strict pentru aceste erori.

Art. 201 a fost introdus de art. unic din HOTARAREA nr. 792 din 26 octombrie 2016 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 863 din 28 octombrie 2016.

Articolul 202

Presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate emite ordin, pana la termenul de raportare a activitatii lunare prevazut in contract, pentru ziua/zilele in care sunt constatate intreruperi in functionarea PIAS in conditiile art. 199-201. Ordinul cuprinde procedura de transmitere in PIAS a serviciilor acordate off-line si/sau procedura de validare a acestora in cazul imposibilitatii de a utiliza on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate - parte componenta a PIAS -, ca urmare a intreruperii in functionarea acestuia, si se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, la adresa www.cnas.ro.

Art. 202 a fost introdus de art. unic din HOTARAREA nr. 792 din 26 octombrie 2016 , publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 863 din 28 octombrie 2016.
