

Proiectul Contractului-Cadru pe anul 2007



Eugen Nicolăescu
Ministrul Sănătății



Cristian Vlădescu
Președintele CNAS

Proiectul contractului-cadru de acordare a asistentei medicale pe anul viitor propune noi facilitati pentru asigurati, dar si masuri pentru cresterea disciplinei in sistemul sanitar

Casa Nationala de Asigurari de Sanatate a elaborat proiectul contractului-cadru de acordare a asistentei medicale pe anul 2007, iar documentul a fost introdus pe site-ul de Internet al institutiei, www.cnas.ro, la rubrica proiecte legislative in vederea dezbaterii publice. La fel ca si contractul-cadru in vigoare pe anul in curs, proiectul pentru anul viitor cuprinde doua pachete de servicii medicale: cel de baza, pentru asigurati, si cel minimal, de urgenta, care contine serviciile ce pot fi acordate oricarei persoane aflate pe teritoriul Romaniei. Proiectul are mai multe elemente de noutate, pentru toate tipurile de asistenta medicala. Pentru asistenta medicala primara se propune introducerea, la medicii de familie, cu caracter orientativ, a bugetului pentru prescrierea medicamentelor si a investigatiilor medicale paraclinice. O propunere similara este formulata si pentru medicii specialisti din ambulatoriu. Totodata, persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, nu vor mai fi scoase din evidentele medicilor de familie ci vor fi inscrise pe o lista speciala, pentru a beneficia de

servicii medicale de urgenta si de asistenta medicala in cazul bolilor cu potential endemo-epidemiologic. Proiectul noului contract-cadru detaliaza si modul in care se va efectua controlul medical anual de catre asigurati, prevazandu-se ca acesta sa poata fi facut atat la solicitarea medicului de familie, cat si a pacientului, dar si in cazul in care asiguratul se prezinta la cabinetul medical pentru o afectiune acuta.

Pentru efectuarea de analize si investigatii medicale paraclinice, se propune ca biletul de trimitere sa fie un formular unic pe tara, securizat. Daca intr-un judet nu se pot efectua anumite analize sau investigatii, din lipsa de laboratoare, pentru efectuarea acestora Casele judetene de asigurari de sanatate vor putea incheia contracte cu laboratoare din alte judete.

Pentru spitale, se propune ca la incheierea contractului cu casele de asigurari de sanatate acestea sa prezinte un document care sa prevada obligatiile personalului medical angajat in executarea acestui contract. Tot la incheierea contractului amintit, spitalele vor prezenta si lista medicamentelor (DCI) ce pot fi recomandate pacientilor internati, cu mentionarea celor care pot fi prescrise liber de orice medic din spitalul respectiv si a celor care pot fi prescrise doar cu aprobarea sefului de sectie sau a comisiei terapeutice. Pentru nerespectarea obligatiilor contractuale ale spitalelor s-au prevazut penalitati constand in diminuarea

valorii contractului pe luna respectiva, cu 1% la prima abatere, cu 3% la a doua abatere si cu 5% la a treia abatere. Pe de alta parte, pentru cazurile ce pot fi rezolvate in regim de spitalizare de zi, se propune ca la cererea pacientului spitalele sa poata acorda si spitalizare continua, diferenta de costuri urmand sa fie suportata de solicitant. Pentru sectiile de boli profesionale s-a prevazut ca decontarea cazurilor in care nu s-a confirmat caracterul de boala profesionala al afectiunii pacientului sa se faca in limita de maxim 30% din totalul externarilor din sectia respectiva.

Pentru serviciile de hemodializa si dializa peritoneala, se propune incheierea de contracte distincte cu spitalele, prin care se vor deconta toate cheltuielile aferente acestor servicii, inclusiv transportul pacientului de la domiciliu si inapoi, precum si medicamentele si materialele sanitare specifice. Exceptie vor face doar cheltuielile cu transportul persoanelor sub 18 ani, care trebuie sa efectueze dializa in alte judete decat cel de domiciliu.

Pentru farmacii, se propune introducerea obligatiei farmacistilor de a elibera medicamentele compensate de referinta (cu pretul cel mai mic), echivalentele mai scumpe ale acestora urmand a fi eliberate numai la solicitarea asiguratului. Totodata, pentru farmaciile care nu-si respecta programul de lucru declarat sau celelalte obligatii contractuale s-au prevazut sanctiuni constand in diminuarea graduala a valorii contractului cu casa de asigurari, sau in rezilierea acestuia. Pentru copii, gravide si lauze, se propune ca aceste categorii de persoane sa poata beneficia lunar, gratuit, de o prescriptie cuprinzand maxim 4 medicamente OTC (din afara listei generale de medicamente compensate).

La capitolul destinat protezelor medicale, se propune ca audiogrammele sa nu poata fi efectuate de medicii al caror reprezentant legal este cel al furnizorului de dispozitive medicale.

Proiectul mai propune ca, incepand de anul viitor, sa se poata incheia conventii cu medicii care nu se afla in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, in scopul recunoasterii biletelor acestora de trimitere catre medici si laboratoare aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari (in aceasta situatie se afla medicii din cabinetele scolare si studentesti, din serviciile publice specializate sau organisme private autorizate, din institutiile de ocrotire sociala, care induc costuri in sistemul de asigurari sociale de sanatate). Totodata, se intentioneaza introducerea obligatiei ca furnizorii de servicii medicale sa tina o evidenta distincta a pacientilor din statele Uniunii Europene, titulari ai cardului european, care beneficiaza de servicii medicale in tara noastra. Furnizorii de servicii medicale urmeaza sa raporteze aceste cazuri lunar caselor de asigurari de sanatate. Proiectul mai prevede si posibilitatea acordarii de servicii medicale regionale, lista acestor servicii precum si modalitatea de incheiere a contractelor cu mai multe case de asigurari de sanatate dintr-o regiune urmand a fi stabilita dupa reorganizarea si restructurarea unitatilor sanitare cu paturi de catre Ministerul Sanatatii Publice.

Pentru sugestiile si propunerile referitoare la Proiectul de Contract-cadru pentru anul 2007, persoana de contact este d-na director Liliana Lukacs,

macheta potrivit careia se doreste transmiterea propunerilor:

Proiect Contract-cadru 2007

Articol reformulat*

Observatii

**) Pentru articol nou se precizeaza pozitia unde se doreste a fi inserat*

adresa de e-mail la care pot fi transmise propunerile conform machetei de mai sus – contractare@casan.ro



HOTARARE partea I

pentru aprobarea Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate

In temeiul art. 108 din Constitutia Romaniei, republicata, si al art. 217 alin. (2), Titlul VIII „Asigurari sociale de sanatate” din Legea nr. 95 privind reforma in domeniul sanatatii,

Guvernul Romaniei adopta prezenta hotarare.

Art. 1

Se aproba Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, prevazut in anexa care face parte integranta din prezenta hotarare, denumit in continuare contract-cadru.

Art. 2

- (1) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate elaboreaza, in temeiul art. 217 alin. (5), Titlul VIII „Asigurari sociale de sanatate” din Legea nr. 95 privind reforma in domeniul sanatatii, norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, ca parte integranta a acestuia, denumite in continuare norme, cu consultarea Colegiului Medicilor din Romania, a Colegiului Medicilor Dentisti din Romania, a Colegiului Farmacistilor din Romania si a Ordinului Asistentilor Medicali si Moaselor din Romania, Ordinului Biochimistilor, Biologilor si Chimistilor, precum si a organizatiilor patronale si sindicale reprezentative din domeniul medical, aprobate prin ordin al ministrului sanatatii publice 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 15 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 si de Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului, care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii publice si al ministrilor si conducatorilor institutiilor centrale cu retele sanitare.

Art. 3

Serviciile medicale, medicamentele in tratamentul ambulatoriu si dispozitivele medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu se acorda in baza contractelor incheiate intre furnizorii si casele de asigurari de sanatate judetene, respectiv a municipiului Bucuresti, Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului, denumite in continuare case de asigurari de sanatate.

Furnizorii sunt furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara, asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice, paraclinice si medicina dentara, de servicii medicale de hemodializa si dializa peritoneala, asistenta medicala spitaliceasca, asistenta medicala de recuperare-reabilitare, de ingrijiri medicale la domiciliu, de servicii medicale de urgenta si transport sanitar, de medicamente in tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu.

Art. 4

In domeniul asigurarilor sociale de sanatate Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si Ministerul Sanatatii Publice elaboreaza, criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguratilor care se refera la diagnostic si tratament medico-chirurgical si stomatologic. Aceste criterii se aproba prin ordin al ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si au caracter obligatoriu pentru toti furnizorii care au incheiat contracte cu casele de asigurari de sanatate.

Art. 5

- (1) Serviciile medicale, inclusiv furnizarea de medicamente in tratamentul ambulatoriu si de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau fiziologice in ambulatoriu contractate sunt actiuni multi-anuale.
- (2) Angajamentele legale din care rezulta obligatii nu pot depasi creditele bugetare pentru anul in curs si se efectueaza astfel:

- a) angajamentele legale care urmeaza a fi lichidate, ordonantate si platite in cursul anului curent se stabilesc ca diferenta intre creditele bugetare aprobate prin legile bugetare anuale si soldul obligatiilor neachitate din anul precedent si care se achita in anul in curs;
- b) angajamentele legale din anul in curs, ce urmeaza a fi lichidate, ordonantate si platite in anul urmator, nu pot depasi impreuna cu angajamentele prevazute la lit. a) creditele bugetare aprobate

Art. 6

La data intrarii in vigoare a prezentei hotarari isi inceteaza aplicabilitatea Hotararea Guvernului nr. 706/2006, pentru aprobarea Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate si pentru aprobarea listei cuprinzand denumirile comune internationale ale

medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiaza asiguratii in tratamentul ambulatoriu, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, publicata in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 482 din 2 iunie 2006.

PRIM-MINISTRU

Contrasemneaza:

Ministrul sanatatii publice,
.....

Ministrul finantelor publice,
.....

ANEXA

CONTRACT-CADRU

privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate

prevazute clauze suplimentare, negociate intre partile contractante, in limita prevederilor legale in vigoare.

CAP. 1
Dispozitii generale

Art. 1

- (1) Furnizorii si casele de asigurari de sanatate, aflati in relatie contractuala, au obligatia sa respecte prevederile contractului-cadru si ale normelor.
- (2) Nerespectarea obligatiilor contractuale de catre parti conduce la aplicarea masurilor prevazute in contractul-cadru si in contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente in tratamentul ambulatoriu precum si de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate.

Art. 2

- (1) Modelele de contract pentru furnizarea de servicii medicale, de medicamente in tratamentul ambulatoriu si de dispozitive medicale in ambulatoriu sunt prevazute in norme.
- (2) Utilizarea acestor modele de contract este obligatorie; in cuprinsul contractelor pot fi

Art. 3

- (1) Casele de asigurari de sanatate comunica termenele de depunere a cererilor insotite de documentele prevazute de actele normative in vigoare, precum si alte documente necesare incheierii si negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, medicamente in tratamentul ambulatoriu si de dispozitive medicale in ambulatoriu, prin afisare la sediul institutiei, publicare pe pagina web a acesteia, anunt in mass-media.
- (2) In cazul in care furnizorii de servicii medicale si de medicamente depun cererile insotite de documentele prevazute la alin.(1), necesare incheierii si negocierii contractelor la alte termene decat cele stabilite si comunicate de catre casele de asigurari de sanatate, si nu participa la negocierea si incheierea contractelor in termenul stabilit de catre acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfasura activitate 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.

Casele de asigurari de sanatate pot stabili alte termene de contractare in functie de necesarul de servicii medicale, de medicamente in tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale in ambulatoriu, in limita fondurilor alocate fiecarui tip de asistenta.

Art. 4

- (1) Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze in limita si la termenele stabilite in contracte contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor in tratamentul ambulatoriu si a dispozitivelor medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu.
- (2) Refuzul caselor de asigurari de sanatate de a deconta unele servicii raportate ca realizate conform contractelor se poate face numai prin prezentarea in scris a cauzelor care au condus la acesta, cu precizarea explicita a temeiului legal care a stat la baza refuzului.
- (3) Litigiile dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj organizata conform reglementarilor legale in vigoare, sau, dupa caz, de catre instantele de judecata.

Art. 5

- (1) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, constatate de casele de asigurari de sanatate si, dupa caz, confirmate de Comisia de Arbitraj daca au existat contestatii sau, dupa caz, de catre instantele de judecata, 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 un an de la data incetarii contractului. La reluarea relatiilor contractuale, in cazul in care contractele inceteaza din nou din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi.
- (2) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile de la alin. (1) se aplica corespunzator pentru fiecare punct de lucru.

Art. 6

- (1) Organizarea si efectuarea controlului furnizarii serviciilor medicale, medicamentelor in trata-

mentul ambulatoriu si 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 Ordinului Asistentilor Medicali si Moaselor din Romania.

- (2) Controlul calitatii serviciilor medicale acordate asiguratilor de catre furnizori se organizeaza de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si casele de asigurari de sanatate pe baza criteriilor de calitate elaborate de Ministerul Sanatatii Publice si Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.
- (3) Controlul privind respectarea obligatiilor contractuale ale furnizorilor se organizeaza si se efectueaza de catre casele de asigurari de sanatate cu care acestia se afla in relatii contractuale.

Art. 7

- (1) Furnizorii au obligatia de a pune la dispozitie organelor de control actele de evidenta financiar – contabila a serviciilor furnizate si documentele justificative privind realizarea serviciilor raportate pentru care se face decontarea.
- (2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispozitie organelor de control a actelor de evidenta financiar – contabila a serviciilor furnizate si a documentelor justificative ale serviciilor realizate pentru care se face decontarea se sanctioneaza conform legii si conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

Art. 8

- (1) Furnizorii de servicii medicale au obligatia sa intocmeasca evidente distincte pentru accidente de munca produse in timpul realizarii unei sarcini de lucru si pentru bolile profesionale si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care se afla 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 si a medicamentelor acordate persoanelor in cauza se suporta din bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, urmand ca decontarea sa se realizeze ulterior din

contributiile de asigurari pentru accidente de munca si boli profesionale, dupa caz.

- (2) Furnizorii de servicii medicale au obligatia sa intocmeasca evidente distincte a cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care le-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, aceasta evidenta 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.
- (3) Furnizorii de servicii medicale au obligatia sa intocmeasca evidente distincte ale pacientilor cetateni ai statelor membre ale Uniunii Europene si ai altor state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei si au obligatia sa comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala documentele justificative care atesta cheltuielile efectiv realizate.
- (4) De la data aderarii Romaniei la Uniunea Europeana, furnizorii de servicii medicale, de medicamente in tratamentul ambulator, precum si de dispozitive medicale in ambulatoriu au obligatia sa intocmeasca evidente distincte ale pacientilor cetateni ai statelor membre ale Uniunii Europene si ale spatiului economico european, titulari ai cardului european, care beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei si au obligatia sa raporteze lunar caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatii contractuale, serviciile medicale acordate pentru aceasta categorie de persoane.

Art. 9

Casele de asigurari de sanatate pot organiza licitatii, pentru unele servicii din pachetul de servicii de baza, potrivit conditiilor prevazute in norme. Licitatia se organizeaza in vederea contractarii unor servicii din pachetul de servicii de baza, intre furnizori si casele de asigurari de sanatate, decontate exclusiv din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, in scopul utilizarii eficiente a acestuia.

Art. 10

Atributiile ce revin, potrivit legii, autoritatilor de sanatate publica judetene si a municipiului

Bucuresti sunt exercitate de catre directiile medicale sau de structurile similare organizate conform Titlului I „Sanatatea Publica” din Legea nr. 95 privind reforma in domeniul sanatatii, din ministerele si institutiile centrale cu retea sanitara proprie.

Art. 11

Toate documentele care stau la baza incheierii contractelor sunt certificate pentru conformitate cu originalul prin semnatura reprezentantului legal al furnizorului. Documentele care stau la baza decontarii serviciilor medicale, medicamentelor in tratamentul ambulatoriu si a dispozitivelor medicale in ambulatoriu se certifica prin semnatura reprezentantilor legali ai furnizorilor care raspund de exactitatea si realitatea datelor transmise si/sau raportate.

CAP. 2

Dispozitii generale si conditii specifice pentru furnizorii de servicii medicale

SECTIUNEA 1

Conditii de eligibilitate

Art. 12

- (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 organizati in una dintre structurile aprobate conform prevederilor legale in vigoare;
 - b) sa fie autorizati si evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare.
- (2) Nu se incheie contract cu furnizorii de servicii medicale care nu si-au achitat contributia la Fondul National Unic de Asigurari Sociale de sanatate conform prevederilor legale in vigoare, avand in vedere si evidenta casei de asigurari de sanatate

SECTIUNEA a 2-a

Documentele necesare incheierii contractelor

Art. 13

- (1) Contractul de furnizare de servicii medicale intre furnizorul de servicii medicale si casa de asigurari de sanatate se incheie de catre

reprezentantii legali pe baza urmatoarelor documente:

- a) certificatul de inregistrare in registrul unic al cabinetelor medicale, actul de infiintare sau organizare, dupa caz;
 - b) autorizatia sanitara de functionare;
 - c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca;
 - d) codul unic de inregistrare sau codul numeric personal (copie BI/CI), dupa caz;
 - e) dovada de evaluare a furnizorului;
 - f) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical atat pentru furnizor cat si pentru personalul medico-sanitar angajat pe toata perioada derularii contractului.
- (2) Casele de asigurari de sanatate pot solicita si alte documente strict necesare incheierii contractelor, aprobate prin decizie a presedintelui-director general, cu acordul prealabil al furnizorilor.

SECTIUNEA a 3-a

Obligatiile si drepturile generale ale furnizorilor de servicii medicale, precum si obligatiile generale ale caselor de asigurari de sanatate

Art. 14

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, elaborate conform prevederilor legale in vigoare;
- b) sa informeze asiguratii despre pachetul de servicii de baza, pachetul minimal de servicii medicale si pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligatiile furnizorului de servicii medicale in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, precum si obligatiile asiguratului referitor la actul medical;
- c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora;
- d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura va fi insotita de desfasuratoarele privind activitatile realizate, care cuprind si codul numeric personal al asiguratilor care au beneficiat de serviciile medicale raportate, atat pe suport de hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

Desfasuratoarele se stabilesc prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de sanatate si se pun la dispozitie furnizorilor de servicii medicale de catre casele de asigurari de sanatate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioada de maximum doua luni consecutive in cadrul unui trimestru conduce la masuri mergand pana la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale.

- e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare.
- f) sa intocmeasca bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, atunci cand este cazul, si sa ataseze la acest bilet rezultatele investigatiilor paraclinice efectuate in regim ambulatoriu si data la care au fost efectuate, care completeaza tabloul clinic pentru care se solicita internarea; medicul va mentiona pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigatiilor paraclinice si va informa asiguratul asupra obligativitatii de a le prezenta medicului caruia urmeaza sa i se adreseze;
- g) sa completeze corect si la zi toate documentele privind evidentele obligatorii din sistemul informational al Ministerului Sanatatii Publice cu datele corespunzatoare activitatii desfasurate;
- h) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului; pentru asiguratii inclusi in programul national cu scop curativ, alegerea medicului si a furnizorului se face dintre cei nominalizati prin actele normative in vigoare;
- i) sa respecte programul de lucru pe care sa il afiseze la loc vizibil si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica;
- j) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea uneia sau mai multora dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in termen de 10 zile lucratoare de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;
- k) sa respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate; furnizorilor li se recomanda participarea la actiunile de informare organizate de casele de asigurari de sanatate si de autoritatile de sanatate publica;

- l) sa furnizeze tratamentul adecvat si sa prescrie medicamentele prevazute in Lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala care se aproba prin hotarare a Guvernului conform specializarii in concordanta cu diagnosticul;
- m) sa recomande investigatii paraclinice in concordanta cu diagnosticul si sa utilizeze biletele de trimitere pentru investigatiile paraclinice din sistemul asigurarilor sociale de sanatate care sunt formulare cu regim special, unice pe tara.
- n) sa nu refuze acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicala, ori de cate ori se solicita;
- o) sa acorde servicii medicale asiguratilor fara nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- p) sa acorde cu prioritate asistenta medicala de specialitate femeii gravide;
- q) 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 ;
- r) sa elibereze acte medicale, in conditiile stabilite in norme;
- s) sa solicite documentele care atesta calitatea de asigurat, in conditiile prevazute in norme.
- t) sa respecte protocoalele de practica elaborate conform dispozitiilor legale ;
- u) sa se informeze asupra conditiilor furnizarii serviciilor medicale;
- v) sa raporteze lunar in format electronic casei de asigurari de sanatate, la nivelul careia functioneaza un sistem informatic corespunzator, investigatiile medicale paraclinice recomandate in regim ambulatoriu si denumirile comune internationale din lista medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise in tratamentul ambulatoriu, pe CNP.
- x) sa acorde de la data aderarii Romaniei la Uniunea Europeana, asistenta medicala necesara titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene si ale spatiului economic european, in perioada de valabilitate a cardului si in aceleasi conditii ca pentru persoanele asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania
- z) sa utilizeze sistemul informatic unic integrat. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemul informatic unic integrat caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

Art. 15

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

- a) sa primeasca contravaloarea serviciilor medicale contractate, realizate si raportate, in limita valorii de contract incheiate cu casele de asigurari de sanatate ;
- b) sa cunoasca conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative;
- c) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate din fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, partea de contributie personala a asiguratului pentru unele servicii medicale, precum si diferenta dintre tariful decontat de casele de asigurari de sanatate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate si tariful maximal stabilit de Ministerul Sanatatii Publice, pentru unele servicii medicale stabilite prin norme.

Art. 16

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 lista acestora pentru informarea asiguratilor precum si valoarea de contract;
- b) sa controleze documentele justificative si actele de evidenta financiar – contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor incheiate, care au stat la baza intocmirii acestor documente;
- c) sa verifice prescrierea medicamentelor si recomandarea investigatiilor paraclinice de catre furnizorii de servicii medicale, in conformitate cu reglementarile in vigoare;
- d) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate si raportate, pe baza facturii insotite de desfasuratoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atat pe suport de hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, in limita valorii de contract;
- e) sa utilizeze un sistem informatic unic integrat;

- f) sa monitorizeze numarul serviciilor medicale acordate de catre furnizorii cu care se afla in relatii contractuale;
- g) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de contractare si a negocierii clauzelor contractuale;
- h) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de furnizare a serviciilor medicale si despre orice schimbare in modul de functionare si de acordare a acestora;
- i) sa verifice modalitatea de acordare a serviciilor medicale, conform contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale;
- j) 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 legislatiei;
- l) contributia personala din pretul medicamentelor, a unor servicii medicale si a dispozitivelor medicale;
- m) serviciile medicale solicitate de asigurat;
- n) unele proceduri de recuperare si de fizioterapie;
- o) cheltuieli de personal aferente medicilor si asistentilor medicali precum si cheltuielile cu medicamente si materiale sanitare din unitatile medico-sociale;
- p) serviciile acordate in cadrul sectiilor/clinicilor de boli profesionale si cabinetelor de medicina a muncii;
- q) servicii hoteliere solicitate de pacientii a caror afectiuni se trateaza in spitalizare de zi.
- r) cheltuieli de personal pentru medici, farmacisti si medici dentisti pe perioada rezidentiatului;
- s) servicii de planificare familiala acordate de medicii de familie si in cabinetele de planing din structura spitalului;
- t) cheltuieli de personal pentru medicii si personalul sanitar din unitatile sau sectiile de spital cu profil de recuperare distrofici, recuperare si reabilitare neuro-psiho motorie sau pentru copiii bolnavi HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;
- u) activitati care prezinta un interes deosebit pentru realizarea strategiei de sanatate publica: dispensare TBC, LSM-stationar de zi, cabinete medicale de boli infectioase din structura spitalelor;

Art. 17

Un medic nu poate recomanda altui medic, prin scrisoare medicala, prescrierea unor medicamente cu sau fara contributie personala pentru un asigurat, in luna in care el insusi i-a emis asiguratului o astfel de prescriptie.

Art. 18

- (1) Serviciile care nu sunt decontate din fond, contravaloarea acestora fiind suportata de asigurat, de unitatile care le solicita sau alte surse, dupa caz, sunt:
- a) servicii 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;
 - c) unele servicii de asistenta stomatologica;
 - d) servicii hoteliere cu grad inalt de confort;
 - e) corectii estetice efectuate persoanelor cu varsta de peste 18 ani;
 - f) unele medicamente, materiale sanitare si tipuri de transport;
 - g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritatile care prin activitatea lor au dreptul sa cunoasca starea de sanatate a asiguratilor;
 - h) fertilizare in vitro;
 - i) transplantul de organe si tesuturi, cu exceptia grefelor;
 - j) asistenta medicala la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate in vederea expertizei capacitatii de munca;
 - k) contravaloarea unor materiale necesare corectarii vazului si auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;

- (3) Serviciile altele decat cele prevazute la alin. (1) lit. b), c), f), si n) si contributia personala prevazuta la alin. (1) lit. l) se stabilesc prin norme.

SECTIUNEA a 4-a***Conditii de reziliere, incetare si suspendare a contractelor*****Art. 19**

- (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept la data producerii 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;
- (2) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maxim 10 zile calendaristice de la data constatarii urmatoarelor situatii:

- a) 30 de zile de la ridicarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare, de la incetarea termenului de valabilitate a acesteia, daca nu a fost reinnoita in acest interval si de la data incetarii evaluarii furnizorului;
- b) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de desfasuratoarele 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 trei luni intr-un an;
- c) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitie organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate si documentele justificative ale serviciilor realizate pentru care se face decontarea;
- d) nerespectarea obligatiilor contractuale prevazute la art. art. 14 lit. a), c), j), o), l), r), t), v), x), z) precum si la constatarea, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate, ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate;
- e) la a doua constatare a nerespectarii termenului de 5 zile pentru remedierea situatiilor prevazute la art. art. 14 lit. f), h), k), e), o), p), q);
- f) la a patra constatare a nerespectarii in cursul unui an a oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 14 lit. b), s) si u)
- g) la prima constatare dupa aplicarea de trei ori in cursul unui an a masurilor de la art. 14 lit. g), i)

Art. 20

Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

- a) furnizorul de servicii medicale se muta din raza administrativ teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;
- b) incetare prin faliment, dizolvare, lichidare, desfiintare sau reprofilare, dupa caz;
- c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;
- d) acordul de vointa al partilor;
- e) 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 temeiului legal.

Art. 21

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda cu data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

- a) expirarea termenului de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru prelungirea acesteia pana la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioada de maxim 30 zile calendaristice de la data expirarii acesteia;
- 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 ;

SECTIUNEA a 5-a

Conditii speciale

Art. 22

- (1) Pentru categoriile de persoane prevazute in legi speciale, care beneficiaza de asistenta medicala gratuita suportata din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate in conditiile stabilite de reglementarile legale in vigoare, casele de asigurari de sanatate deconteaza integral 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, respectiv coplata prevazute la unele servicii medicale ca obligatie de plata pentru asigurat, in conditiile mentionate in norme.
- (2) Pentru asiguratii prevazuti la art. 218 (3), Titlul VIII din Legea nr. 95 privind reforma in domeniul sanatatii, din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate se suporta contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca si oricarui asigurat.

SECTIUNEA a 6-a

Asistenta medicala primara – Conditii specifice

PARAGRAFUL 1

Conditii de eligibilitate

Art. 23

- (1) Asistenta medicala primara se asigura de catre medicul de familie prin 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.

- (2) La contractare, furnizorul prezinta lista cuprinzand asiguratii si persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale inscrise la medicul de familie titular, in cazul cabinetelor medicale individuale, si listele cuprinzand asiguratii si persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale inscrise 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. Listele vor fi raportate pe suport de hartie si in format electronic in cazul contractelor incheiate pentru medici nou veniti si numai in format electronic insotite de o declaratie pe propria raspundere privind valabilitatea listei la momentul incetarii termenului de valabilitate a contractului anterior pentru furnizorul care a avut contract cu casa de asigurari de sanatate in anul precedent.
- (3) Necesarul de medici de familie si numarul minim de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale de pe listele medicilor de familie din rural pentru care se incheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistenta medicala primara intre furnizori si casele de asigurari de sanatate se stabileste pe localitati, de catre o comisie paritara formata din reprezentanti ai caselor de asigurari de sanatate si ai autoritatilor de sanatate publica, respectiv ai directiilor medicale ori structurilor similare organizate conform Titlului I „Sanatatea Publica” din Legea nr. 95 privind reforma in domeniul sanatatii, din ministerele si institutiile centrale cu retea sanitara proprie, cu participarea reprezentantilor colegiilor teritoriale ale medicilor, cu exceptia cabinetelor medicale care functioneaza in structura sau in coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie.
- (4) In localitatile urbane numarul minim de asiguratii si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale inscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se incheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 1.000
- (5) Medicilor de familie al caror numar de asiguratii si persoane beneficiare ale pachetului minimal

de servicii medicale inscrise pe listele proprii scade, timp de 6-3 luni consecutive, sub numarul minim pentru care se poate incheia contractul de furnizare de servicii medicale, in situatia cabinetelor medicale individuale, li se reziliaza contractul in conditiile legii, iar pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale medicii de familie respectivi sunt exclusi din contract prin modificarea acestuia, ca urmare a reanalizarii fiecarei situatii de scadere a numarului minim de asiguratii si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, de catre comisia constituita conform alin. (3). Asiguratii de pe listele acestora pot opta pentru alti medici de familie adusi la cunostinta asiguratilor de catre casele de asigurari de sanatate.

- (6) Numarul optim de asiguratii inscrisi in listele medicilor de familie este de 2000.

Art. 24

- (1) Medicul de familie, prin reprezentantul sau legal, incheie contract cu o singura casa de asigurari de sanatate, respectiv cu cea in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul cabinetul medical, sau cu Casa Asigurarilor de sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, respectiv Casa Asigurarilor de sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului, dupa caz.
- (2) Casele de asigurari de sanatate cu care furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale deconteaza contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor inscrisi, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.

Art. 25

Medicii de familie acorda asistenta medicala, potrivit pachetului de servicii medicale de baza, asigura asistenta medicala pentru situatii de urgenta oricarei persoane care are nevoie de aceste servicii, asigura asistenta medicala persoanelor care nu fac dovada calitatii de asigurat si a platii contributiei la Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, conform pachetului minimal de servicii medicale, precum si categoriilor de persoane care se asigura facultativ pentru sanatate, potrivit legii.

Art. 26

Asiguratii in varsta de peste 18 ani au dreptul de a efectua un control medical pentru

prevenirea bolilor cu consecinte majore in ceea ce priveste morbiditatea si mortalitatea. Pentru cadrele didactice controlul medical se poate efectua la inceputul anului scolar.

Pentru asiguratii care nu sunt in evidenta medicului de familie cu o boala cronica, controlul medical se poate efectua la solicitarea expresa a asiguratului sau atunci cand acesta se prezinta la medicul de familie pentru o afectiune acuta. Deasemenea controlul medical se poate efectua si la solicitarea medicului de familie. Ca urmare a controlului medical medicul de familie va incadra asiguratul intr-o grupa de risc si va consemna acest lucru in fisa medicala.

Art. 27

Pentru asigurarea calitatii serviciilor medicale, cabinetele medicale vor functiona cu asistenti medicali.

PARAGRAFUL 2 **Programul de lucru**

Art. 28

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. Pentru asigurarea de servicii medicale 24 de ore din 24, inclusiv sambata, duminica si sarbatorile legale, in afara programului de lucru se acorda servicii medicale de catre medicii de familie in centrele de permanenta infiintate si organizate conform prevederilor legale in vigoare. In situatia in care nu sunt indeplinite conditiile de organizare a unui centru de permanenta, continuitatea acordarii asistentei medicale primare se asigura de catre medicii de familie care domiciliaza in localitatile respective, conform unui program stabilit de medicii respectivi cu autoritatile de sanatate publica si comunicat casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala.

Art. 29

- (1) Programul de activitate saptamanal al fiecarui medic de familie, organizat in functie de conditiile specifice din zona, trebuie sa asigure in medie pe zi minimum 5 ore la cabinetul medical si doua ore la domiciliul asiguratilor, conform graficului de vizite la domiciliu. In cabinetele medicale si / sau localitatile unde isi desfasoara activitatea cel putin 2 medici de

familie, acordarea asistentei medicale se va asigura atat dimineata, cat si dupa-amiaza. In cazul in care numarul asiguratilor incripti pe lista proprie este mai mare decat numarul optim de asigurati incripti stabilit la nivel national, respectiv de 2.000, programul total de lucru se prelungeste corespunzator, in functie de numarul de asigurati incripti pe lista, in conditiile prevazute prin norme.

- (2) Asistenta medicala in afara programului de lucru este asigurata, dupa caz, de:
 - a) medicii de familie asociati din mai multe localitati in centre de permanenta care acorda asistenta medicala conform prevederilor legale in vigoare;
 - b) medicii de familie care domiciliaza in localitatea respectiva, in zonele in care nu exista posibilitatea asocierii medicilor in vederea organizarii unui centru de permanenta, precum localitati izolate, greu accesibile, cu un numar mic de locuitori si cu numar redus de medici, conform unui program stabilit de comun acord de medicul respectiv cu autoritatea de sanatate publica judeteana si comunicat casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;
 - c) unitati medicale specializate ce asigura serviciile medicale de urgenta prespitaliceasca si transport medical,
- (3) Medicul de familie are obligatia sa afiseze la cabinetul medical numarul de telefon si adresa centrului de permanenta care asigura rezolvarea situatiilor de urgenta in afara programului de lucru, precum si programul fiecaruia dintre medicii asociati, iar in situatia in care nu este organizat centru de permanenta, pentru urgente medicale se afiseaza numarul de telefon la care poate fi apelata substatia serviciului judetean de ambulanta, respectiv al celui mai apropiat serviciu de ambulanta organizat de ministerele si institutiile cu retea sanitara proprie.
- (4) Modalitatea de decontare a serviciilor medicale acordate in conditiile prevazute la alin. (2) se stabileste prin norme.

Art. 30

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.

PARAGRAFUL 3 **Medicii de familie nou-veniti in sistemul asigurarilor sociale de sanatate**

Art. 31

Medicul de familie nou-venit intr-o localitate beneficiaza lunar, in baza unei conventii 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 listelor cu asiguratii si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale inscrise, 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, stabilita conform normelor.

Daca pana la sfarsitul celor 3 luni medicul de familie nou venit nu a inregistrat numarul minim de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale prevazut la art. 23 alin. (3) si (4) casa de asigurari de sanatate incheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care acesta 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 inregistreze numarul minim de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale prevazut la art. 23 alin. (3) si (4). In caz contrar, contractul incheiat intre medicul de familie nou venit si casa de asigurari de sanatate va inceta la expirarea celor trei luni.

Art. 32

Medicul de familie nou-venit intr-o localitate, intr-un cabinet medical deja existent in care si-a desfasurat activitatea un medic de familie al carui contract de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate a incetat ca urmare a decesului sau a retragerii definitive din activitate a acestuia sau ca urmare a vanzarii praxis-sului, poate incheia contract cu casa de asigurari de sanatate in baza listei de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale a medicului care a functionat anterior in cabinetul respectiv, in conditiile stabilite in norme

Art. 33

In localitatile rurale si urbane deficitare din punct de vedere al existentei medicului de familie, stabilite de catre o comisie formata din reprezentantii caselor de asigurari de sanatate,

autoritatilor de sanatate publica si colegiilor teritoriale ale medicilor, casele de asigurari de sanatate pot incheia contracte cu medicii de medicina generala pentru o perioada determinata

PARAGRAFUL 4

Obligatiile furnizorilor si ale caselor de asigurari de sanatate

Art. 34

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara au urmatoarele obligatii:

- a) sa asigure in cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de baza toate activitatile care sunt cuprinse in baremul de activitati practice obligatorii din curricula de pregatire in specialitatea medicina de familie si in concordanta cu competentele obtinute. De asemenea, au obligatia de a interpreta investigatiile necesare in stabilirea diagnosticului;
- b) sa actualizeze lista proprie cuprinzand asiguratii si persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale inscrise ori de cate ori apar modificari in cuprinsul acesteia, in functie de miscarea lunara a asiguratilor, si sa comunice aceste modificari caselor de asigurari de sanatate; sa actualizeze lista proprie in functie de comunicari transmise de casele de asigurari de sanatate; sa comunice caselor de asigurari de sanatate datele de identificare a persoanelor carora li s-au acordat serviciile medicale prevazute in pachetul minimal de servicii medicale;
- c) sa inregistreze din oficiu copiii care nu au fost inregistrati pe lista unui medic de familie o data cu prima consultatie a copilului bolnav in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestuia. Nou-nascutul va fi inregistrat pe lista medicului de familie care a ingrijit gravida, daca parintii nu au alta optiune exprimata in scris, imediat dupa nasterea copilului;
- d) sa inregistreze pe lista proprie gravidele neinregistrate pe lista unui medic de familie la prima consultatie, in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestora ori la sesizarea reprezentantilor din sistemul de asistenta medicala comunitara;
- e) sa nu refuze inregistrarea pe lista a copiilor, la solicitarea parintilor, aparinatorilor legali sau la anuntarea de catre casa de asigurari de sanatate cu care au incheiat contract de furnizare de servicii medicale ori de primarie,

precum si la sesizarea reprezentantilor din sistemul de asistenta medicala comunitara sau a directiilor de protectie a copilului pentru copii aflati in dificultate din centrele de plasament sau din familii substitutive;

- f) 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;
- g) sa solicite asiguratilor, la inscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atesta calitatea de asigurat si sa solicite asiguratilor documente care confirma plata contributiei de asigurari sociale de sanatate, daca acestia se prezinta la un interval mai mare de 3 luni ;
- h) sa prescrie medicamente cu sau fara contributia personala a asiguratilor, precum si investigatii paraclinice numai ca o consecinta a actului medical propriu. Medicul de familie refuza transcrierea de prescriptii medicale pentru medicamente cu sau fara contributia personala a asiguratilor si investigatii paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alti medici. Exceptie fac situatiile in care pacientul urmeaza o schema de tratament stabilita conform reglementarile legale in vigoare pentru o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice, initiata prin prescrierea primei retete, de catre medicul de specialitate aflat in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, comunicata numai prin scrisoare medicala.

Art. 35

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

- a) sa comunice medicilor de familie in scris, in vederea actualizarii listelor proprii, persoanele care nu mai indeplinesc conditiile de a fi inscrise pe lista medicilor de familie respectivi;
- b) sa faca publice valorile definitive ale punctelor rezultate in urma regularizarii trimestriale atat prin afisare la sediul caselor de asigurari de sanatate, cat si pe pagina electronica a acestora, incepand cu ziua urmatoare transmiterii acestora de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
- c) sa tina evidenta distincta a asiguratilor 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. Pentru asiguratii care se afla in evidenta Casei Asigurarilor de sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si a Casei Asigurarilor de sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului si care sunt inscrise pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurari de sanatate judetene sau a municipiului Bucuresti, confirmarea calitatii de asigurat se face de Casa Asigurarilor de sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si de Casa Asigurarilor de sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului, pe baza de tabel centralizator transmis lunar atat pe suport de hartie, cat si in format electronic. Pentru asiguratii care se afla in evidenta caselor de asigurari de sanatate judetene sau a municipiului Bucuresti si care sunt inscrise pe listele medicilor de familie aflati in relatie contractuala cu Casa Asigurarilor de sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, respectiv cu Casa Asigurarilor de sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului, confirmarea calitatii de asigurat se face de catre casele de asigurari de sanatate judetene sau a municipiului Bucuresti, pe baza de tabel centralizator transmis atat pe suport de hartie, cat si in format electronic;

- d) sa informeze asiguratii despre dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun.
- e) sa stabileasca pentru fiecare medic de familie / medic de medicina generala sume orientative pentru prescrierea de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu si pentru recomandari pentru investigatii paraclinice, asiguratilor pe baza criteriilor stabilite prin norme.

PARAGRAFUL 5

Decontarea serviciilor medicale

Art. 36

Modalitatile de plata a furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala primara sunt:

- a) tarif pe persoana asigurata – per capita;
- b) tarif pe serviciu medical pentru asiguratii precum si pentru persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale si pachetului facultativ de servicii medicale.

Art. 37

Decontarea serviciilor medicale in asistenta medicala primara se face prin:

- a) plata prin tarif pe persoana asigurata; suma convenita se stabileste in raport cu numarul de puncte calculat in functie de numarul asiguratilor inscrisi pe lista proprie – conform structurii pe grupe de varsta, ajustat in conditiile prevazute prin norme, numarul de puncte aferent fiecarei grupe de varsta –, ajustat in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea si cu valoarea unui punct, stabilite prin norme. Criteriile de incadrare a cabinetelor medicale in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea se aproba prin ordin al ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Numarul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare asigurat corespunde asigurarii de catre furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale profilactice, curative, de urgenta si activitati de suport. Serviciile medicale care se asigura prin plata per capita si conditiile in care acestea se acorda se stabilesc prin norme.

Valoarea definitiva a punctului este unica pe tara si 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; aceasta valoare nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata pentru un punct prevazuta in norme si asigurata pe durata valabilitatii contractului de furnizare de servicii medicale incheiat;

- b) plata prin tarif pe serviciu medical, stabilit in functie de numarul de servicii medicale si de valoarea unui punct. Numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct si nivelul valorii minima garantata pentru un punct se stabilesc prin norme.

Valoarea definitiva a unui punct este unica pe tara si 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.

Art. 38

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 pe serviciu, iar regularizarea trimestriala la valoarea definitiva, pana la data de 30 a lunii urmatoare incheierii trimestrului. Furnizorii vor depune lunar in primele 3 zile lucratoare ale fiecarei luni urmatoare celei pentru care se face plata documentele necesare decontarii serviciilor, potrivit normelor.

Art. 39

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.

PARAGRAFUL 6***Sanctiuni, conditii de reziliere si incetare a contractelor*****Art. 40**

(1) In cazul in care persoanele imputernicite de casele de asigurari de sanatate constata nerespectarea programului de lucru stabilit precum si abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si / sau recomandari de investigatii paraclinice, se va diminua valoarea minima garantata a punctului per capita in luna respectiva medicilor de familie la care se inregistreaza aceste situatii, dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare cu 10%;
b) la a doua constatare cu 15%;
c) la a treia constatare cu 20%.
(2) Sumele obtinute ca disponibil, in conditiile alin. (1) la nivelul caselor de asigurari de sanatate, se vor folosi la reintregirea sumei alocate asistentei medicale primare.
(3) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic de familie.

Art. 41

- (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza pentru situatiile prevazute la art. 19 alin.(1).
(2) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa

a casei de asigurari de sanatate, in termen de maxim 10 zile calendaristice de la data constatarii situatiilor de la art. 19 alin.(2), precum si in urmatoarele situatii:

- a) in cazul in care numarul asiguratilor inscrisi la un medic de familie scade sub numarul minim stabilit conform art. 23 alin. (3) si (4);
- b) o data cu prima constatare dupa aplicarea de 3 ori in cursul unui an a masurilor prevazute la art. 40 alin. (1) pentru fiecare situatie.
- c) nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 34 lit. f).
- d) la a doua constatare a nerespectarii termenului de 5 zile de remediere pentru situatiile prevazute la art. 34 lit. b), c), d), e).

- e) la a patra constatare, in cursul unui an, a nerespectarii oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 34 lit. a) si g).

Art. 42

Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza cu data la care a intervenit una dintre situatiile prevazute la art. 20, precum si in urmatoarele situatii:

- a) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- b) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania.

