



Eugen Nicolăescu
Ministrul Sănătății

Proiectul Contractului-Cadru pe anul 2007

– Draft Framework-Agreement for 2007 –

HOTARARE partea a II a

pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

SECȚIUNEA a 7-a

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, asistența medicală stomatologică și asistența medicală ambulatorie de recuperare/reabilitare a sănătății în condiții specifice

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

Art. 43

Asistența medicală ambulatorie de specialitate se asigură de medici de specialitate, medici dentisti și dentisti, împreună cu personalul medical și alte categorii de personal și cu personalul sanitar din serviciile conexe actului medical și se acordă prin:

- cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 24/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- unități sanitare ambulatorii de specialitate, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie;
- ambulatorii de specialitate din structura spitalelor autorizate și evaluate, inclusiv ale celor din rețeaua

ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului;

- societăți de turism balnear și de recuperare constituite conform Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, și 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;
- laboratoare medicale de radiologie și imagistica medicală, de analize medicale, explorări funcționale, pentru servicii medicale paraclinice, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- centre de diagnostic și tratament și centre medicale unități medicale cu personalitate juridică, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

Art. 44

- Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru specialitățile clinice în baza specialităților confirmate prin Ordinul ministrului Sănătății publice. Cabinetele medicale în care își desfășoară activitatea medicii care au obținut competența/atestat de studii complementare de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială și altele decât cele din structura spitalelor și care sunt certificate de Ministerul Sănătății Publice și lucrează exclusiv în aceste activități încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza competențelor de mai sus. Furnizorii de servicii de medicină dentară încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de

- medicina dentara, în condițiile stabilite prin norme.
- (2) Numarul necesar de medici de specialitate pentru fiecare specialitate clinica și pentru medicina dentara, pe județe, pentru care se încheie contractul, se stabilește de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurari de sanatate și ai autoritatilor de sanatate publica județene, respectiv ai directiilor medicale ori structurilor similare, din ministerele și institutiile centrale cu o rețea sanitară proprie, cu consultarea reprezentantilor colegiilor teritoriale ale medicilor și ai colegiilor teritoriale ale medicilor dentisti.
 - (3) Numarul de puncte estimate pentru serviciile medicale ce pot fi efectuate de necesarul de medici pentru specialitatile clinice, stabilit în condițiile alin. (2), se are în vedere la calculul valorii minime garantate pentru un punct în asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice.
 - (4) Serviciile publice conexe actului medical, furnizate în cabinetele de libera practica organizate conform Ordonantei de Urgenta a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și functionarea cabinetelor de libera practica pentru servicii publice conexe actului medical, aprobata cu modificari prin Legea nr. 598/2001, se contracteaza de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.
 - (5) Furnizorii de servicii medicale pentru specialitatile paraclinice încheie contracte cu casele de asigurari de sanatate în baza specialitatii obtinute și confirmate prin ordin al ministrului sanatatii publice pentru medicii de specialitate pe care îi reprezinta.

Art. 45

- (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevazuti la art. 43 și casa de asigurari de sanatate se încheie în baza documentelor prevazute la art. 43; în cazul furnizorilor de servicii medicale paraclinice la contract se ataseaza și documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selectie și raportul de evaluare, conform prevederilor legale în vigoare.
- (2) Medicii de specialitate care efectueaza audiograme și care fac recomandari pentru protezare auditiva sunt cei care efectueaza și audiograma dupa protezare.
- (3) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale clinice și de medicina dentara încheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate în carei raza administrativ-teritoriala și care sediul furnizorului de servicii medicale sau cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale și Autoritatii Judecatoresti, respectiv cu Casa Asigurarilor de sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor și Turismului. Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice încheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate în carei raza administrativ-teritoriala își are sediul, filiale sau puncte de lucru furnizorul de servicii medicale paraclinice și/sau cu Casa Asigurarilor de sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale și Autoritatii Judecatoresti, respectiv cu Casa Asigurarilor de sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor și Turismului. Furnizorul de servicii medicale paraclinice poate încheia contracte și cu alte case de asigurari de sanatate în condițiile art. 49 alin. (3). Prin punct de lucru nu se înțelege punct de recoltare, prin urmare casele de asigurari de sanatate

nu încheie contracte distincte cu punctele de recoltare ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice.

- (4) Fiecare medic de specialitate care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară ambulatorie de specialitate, organizată conform Ordonantei Guvernului nr. 24/1998, republicata, cu modificarile și completarile ulterioare, și desfasoara activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurari de sanatate, cu posibilitatea, pentru specialitatile clinice, de a-si majora programul de activitate în condițiile prevazute la art. 48 alin. (2).

Art. 46

În ambulatoriile de specialitate se acordă următoarele tipuri de servicii medicale: examen clinic, investigații paraclinice, tratamente profilactice și curative, recuperare și reabilitare.

Art. 47

Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonantei Guvernului nr. 24/1998, republicata, cu modificarile și completarile ulterioare, poate angaja medici, medici dentisti, dentisti, personal mediu sanitar și alte categorii de personal, în condițiile prevazute de aceeași ordonanta, achitând lunar toate obligatiile prevazute de lege pentru personalul angajat. În situația în care volumul de activitate al cabinetului medical conduce la un program de lucru saptamanal de minimum 35 de ore al medicului de specialitate, încadrarea personalului mediu sanitar este obligatorie.

PARAGRAFUL 2

Programul de lucru

Art. 48

- (1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatile clinice își stabilesc programul de activitate, astfel încat să asigure accesul asiguratilor pe o durată de minimum 35 de ore pe saptamana, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilita prin negociere cu casele de asigurari de sanatate.
- (2) În situația în care necesarul de servicii medicale de o anumită specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicul poate să acorde servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe saptamana. În situația în care programul majorat nu acopera volumul de servicii medicale necesare, medicul va întocmi liste de prioritate pentru asigurati.
- (3) În cabinetele de medicina dentara și în laboratoarele medicale medicii își vor stabili programul de activitate în functie de volumul serviciilor de medicina dentara și al serviciilor medicale paraclinice contractate.
- (4) Serviciile medicale din specialitatile clinice și de medicina dentara se acordă conform programarilor, exceptie făcând situatiile de urgenta medicochirurgicale.
- (5) Medicul de specialitate care are contract de munca sau integrare clinica într-o sectie a unui spital aflat în relatie contractuală cu o casa de asigurari de sanatate

poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care, pentru specialitățile clinice, să nu depășească maximum 7,5 ore pe săptămână, după cum urmează:

- a) într-un cabinet organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 24/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- b) în ambulatoriul de specialitate al spitalului, în condițiile reglementarilor legale în vigoare, în cazul în care casa de asigurări de sănătate nu are încheiat, pentru specialitatea respectivă în localitatea în care funcționează spitalul, nici un alt contract cu un furnizor de servicii medicale ambulatorii de specialitate, organizat conform legii. Face excepție situațiile în care cererea de servicii medicale pentru anumite specialități nu este acoperită. În acest sens, comisia constituită conform art. 44 alin. (2) poate propune spre aprobare situațiile concrete privind specialitățile neacoperite Ministerului Sănătății Publice, după consultarea prealabilă a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea respectării obligației de asigurare a valorii minime garantate pentru un punct.
- (6) Acordarea serviciilor medicale în cazurile prevăzute la alin. (5) lit. a) și b) se face în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale ambulatorii de specialitate, iar nerespectarea acestei prevederi conduce la rezilierea contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.
- (7) Medicul de specialitate care are contract de muncă sau integrare clinică pentru activitate desfășurată exclusiv în cabinete medicale de specialitate fără personalitate juridică, care se află în structura spitalelor, poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în afara programului de activitate din ambulatoriul de specialitate al spitalului, în condițiile prevăzute la alin. (2) sau la alin. (5).

PARAGRAFUL 3

Drepturile și obligațiile furnizorilor, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 49

- (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate sunt obligați:
 - a) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asigurătorilor numai pe baza biletului de trimitere, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, la serviciilor de medicină dentară, precum și la serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate se stabilește prin norme;
 - b) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct, despre diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în

tratamentul ambulatoriu ca și consecința actului medical propriu în conformitate cu diagnosticul și tratamentul stabilit și să elibereze prima rețetă pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în cazul în care a stabilit o schemă terapeutică mai mare de 30 de zile stabilită conform reglementarilor legale în vigoare;

- c) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista caruia este înscris asiguratul, în cazul furnizorului de servicii medicale paraclinice;
- d) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile.
- e) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și să facă recomandări pentru investigații medicale paraclinice, conform reglementarilor legale în vigoare numai pentru cazurile pentru care s-au efectuat și raportat la casele de asigurări de sănătate servicii medicale conform contractului încheiat.
- (2) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale paraclinice sunt obligați să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relația contractuală cu aceeași casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice.
- (3) Pentru serviciile medicale paraclinice pentru care o casa de asigurări de sănătate nu are furnizori în raza sa administrativ teritorială, respectiv casa de asigurări de sănătate poate încheia contract cu furnizori din alte județe, respectiv din municipiul București. În acest sens fiecare casa de asigurări de sănătate va prezenta spre avizare la Casa Națională de Asigurări de Sănătate o listă a acestor servicii.

Art. 50

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pot să încaseze de la asiguratori:

- a) contravaloarea serviciilor medicale la cerere;
- b) coplata pentru servicii medicale în asistența medicală ambulatorie în condițiile stabilite prin norme;
- c) cota de contribuție personală a asigurătorilor pentru unele servicii medicale în condițiile prevăzute în norme.

Art. 51

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

- (1) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, atât prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare

transmiterii acesteia de către Casa Natională de Asigurari de Sanătate.

- (2) să stabilească pentru fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice sume orientative pentru prescrierea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și pentru recomandari pentru investigații paraclinice, pe baza criteriilor stabilite prin norme.

PARAGRAFUL 4

Decontarea serviciilor medicale

Art. 52

Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală de specialitate din ambulatoriul de specialitate este tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau lei.

Art. 53

- (1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se face prin:

- a) plată prin tarif exprimat în puncte pentru specialitățile clinice, stabilită în funcție de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea și de valoarea unui punct stabilită în condițiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și condițiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc în norme.

Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aproba prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurari de Sanătate.

Valoarea definitivă a punctului este unica pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurari de Sanătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, și nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct stabilită în norme și valabilă pentru anul 2006.

- b) plată prin tarif exprimat în lei pentru serviciile medicale acordate în specialitățile paraclinice și de medicină dentară. Suma convenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și de tarifele aferente acestora. Tarifele serviciilor medicale și condițiile în care acestea se acordă sunt prevăzute în norme;
- c) tarif pe serviciu medical în lei, stabilit prin norme, pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare. Serviciile medicale de recuperare acordate în unitățile ambulatorii în care și desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară și în cabinetele medicale de specialitate din structura unităților sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească, pentru care cheltuielile materiale se suportă de către unitățile în structura cărora funcționează, se decontează de casele de asigurari de sanătate la tarife diminuate potrivit condițiilor stabilite prin norme.
- (2) Casele de asigurari de sanătate decontează serviciile medicale ambulatorii de specialitate, în condițiile

stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de:

- a) medicii de familie,
- b) medicii din cabinetele medicale școlare/studentești pentru elevi, respectiv studenți dacă nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie,
- c) medicii din cabinetele medicale de unitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale, pentru asigurații care nu sunt înscrși în lista unui medic de familie,
- d) medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt incluse pe lista unui medic de familie,
- e) medicii din serviciile publice specializate sau organisme private autorizate pentru copiii încredințați ori dați în plasament, dacă nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie,
- f) medicii din alte instituții de ocrotire socială, dacă persoanele instituționalizate nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie,
- g) medicii de specialitate din spitale pe baza de scrisoare medicală, în situația în care este necesar un tratament ambulatoriu înainte de internarea în spital sau atunci când este necesar un astfel de tratament după externare.

Excepție fac urgențele și afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, la serviciilor de medicină dentară precum și la serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială, situație în care medicii de specialitate vor solicita persoanelor respective actele doveditoare care atestă calitatea de asigurat.

Pentru literele (b), (d), (e), (f) casele de asigurari de sanătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către acestea pentru serviciile medicale clinice și paraclinice.

- (3) Casele de asigurari de sanătate decontează serviciile medicale de recuperare și reabilitare în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurari de sanătate.
- (4) Recomandarile pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimatice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu de specialitate și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurari de sanătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare și reabilitare.
- (5) Recomandarile pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimatice se întocmesc în două exemplare, astfel încât un exemplar să fie prezentat de către asigurat furnizorului de servicii de recuperare și reabilitare.
- (6) Trimiterea asiguratului de către un medic de specialitate aflat în relații contractuale cu casele de asigurari de sanătate către un alt medic din ambulatoriul de specialitate aflat în relații contractuale cu casele de asigurari de sanătate se face pe baza biletului de trimitere numai pentru situația în care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului respectiv

Art. 54

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 potrivit contractelor incheiate intre furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate si casele de asigurari de sanatate. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunara se face la valoarea minima garantata pentru un punct, unica pe tara si prevazuta in norme, iar regularizarea trimestriala, la valoarea definitiva, pana la data de 30 a lunii urmatoare incheierii trimestrului, pe baza documentelor prezentate de furnizori in primele 3 zile lucratoare ale lunii urmatoare trimestrului pentru care se face plata, potrivit normelor.

Art. 55

Raportarea cronata a unor servicii medicale clinice pentru care plata se face prin tarif exprimat in puncte, se regularizeaza conform normelor; la regularizare se au in vedere si serviciile medicale omise la raportare in perioadele in care au fost realizate.

PARAGRAFUL 5

Sanctiuni, conditii de reziliere si incetare a contractului

Art. 56

- (1) In cazul in care persoanele imputernicite de casele de asigurari de sanatate constata nerespectarea programului de lucru stabilit, se va diminua valoarea minima garantata a punctului in luna respectiva pentru medicii din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice la care se inregistreaza aceste situatii sau, dupa caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicina dentara, paraclinice sau de recuperare-reabilitare aferente lunii respective, dupa cum urmeaza:
- la prima constatare cu 0%;
 - la a doua constatare cu 5%;
 - la a treia constatare cu 20%.

In cazul in care persoanele imputernicite de casele de asigurari de sanatate constata abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fara contributia personala din partea asiguratului si/sau recomandari de investigatii paraclinice nejustificate, se va diminua valoarea minima garantata a punctului in luna respectiva pentru medicii la care se inregistreaza aceasta situatie sau, dupa caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicina dentara sau de recuperare-reabilitare aferente lunii respective, conform prevederilor lit. a), b) si c), pentru fiecare dintre situatiile de mai sus.

- (2) Sumele obtinute ca disponibil din aceste diminuari, in conditiile alin. (1), la nivelul caselor de asigurari de sanatate, se vor folosi la reintregirea sumelor alocate cu destinatie initiala.
- (3) Pentru cazurile prevazute la alin. (1), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz

Art. 57

- Contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate se reziliaza pentru situatiile prevazute la art. 19 (1)
- Contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa de casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatarii situatiilor de la art. 19 alin. (2) precum si a urmatoarelor situatii:
 - nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 48 alin. (6) si art. 49 lit. a), b) si c);
 - o data cu prima constatare dupa aplicarea de 3 ori in cursul unui an a masurilor prevazute la art. 56 alin. (1) pentru fiecare situatie precum si pentru obligatia prevazuta la art. 49 lit. e).
 - la a patra constatare, in cursul unui an, a nerespectarii obligatiei prevazute la art. 49 lit. d).

Art. 58

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 survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania sau, dupa caz, al Colegiului Medicilor Dentisti din Romania.

SECTIUNEA a 8-a

Servicii medicale in unitati sanitare cu paturi

A. SPITALE

PARAGRAFUL 1

Conditii de eligibilitate

Art. 59

- Asistenta medicala spitaliceasca se acorda in unitati sanitare cu paturi, autorizate/evaluate conform legii.
- Casele de asigurari de sanatate incheie contracte cu spitalele numai pentru sectiile care au incadrare cu personal medical de specialitate si dotare tehnica necesara.
- Asistenta medicala spitaliceasca se acorda in regim de:
 - spitalizare continua;
 - spitalizare de zi.
- Asistenta medicala spitaliceasca se asigura cu respectarea urmatoarelor criterii de internare:
 - urgente medico-chirurgicale si situatiile in care este pusa in pericol viata pacientului sau au acest potential, care necesita supraveghere medicala continua;
 - diagnosticul nu poate fi stabilit in ambulatoriu;
 - tratamentul nu poate fi aplicat in conditiile asistentei medicale ambulatorii, pacientul este nedepasabil sau necesita izolare;

- d) alte situații bine justificate de către medicul care face internarea și avizate de medicul șef de secție.
- (5) La încheierea contractului spitalul va prezenta o listă de servicii medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și impun internarea.
- (6) Pentru monitorizarea consumului de medicamente pentru pacienții internați la încheierea contractului fiecare spital va prezenta o listă cuprinzând DCI-urile ce pot fi recomandate pacienților internați cu menționarea care dintre acestea pot fi prescrise de orice medic din spitalul respectiv și care medicamente pot fi prescrise cu aprobarea medicului șef de secție sau cu aprobarea comisiei terapeutice a spitalului. Lista cuprinzând DCI-urile prezentată de spitale la încheierea contractului cuprinde lista de DCI-uri specifice tratamentului spitalicesc și DCI-urile din lista prevăzută la art. 91 alin. (2) pentru asigurarea continuității tratamentului în ambulatoriu.
- (7) La încheierea contractului spitalul va prezenta casei de asigurari de sanatate, în vederea contractării, documentul în care sunt prevăzute obligațiile personalului medical angajat în executarea contractului încheiat cu casa de asigurari de sanatate;

Art. 60

Reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicesci cu casa de asigurari de sanatate în a carei raza administrativ-teritorială își are sediul sau cu Casa Asigurarilor de sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale și Autorității Judecatoresti, respectiv cu Casa Asigurarilor de sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor și Turismului. Spitalele din rețeaua apararii, Ordinii publice, Sigurantei nationale și autorității judecatoresti și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Constructiilor și Turismului încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicesci numai cu Casa Asigurarilor de sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale și Autorității Judecatoresti, respectiv cu Casa Asigurarilor de sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor și Turismului, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat în evidență asiguratul.

Art. 61

- (1) Serviciile medicale spitalicesci sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:
- consultatii;
 - investigatii;
 - stabilirea diagnosticului;
 - tratamente medicale și/sau chirurgicale;
 - ingrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masa
- (2) În unitatile sanitare ambulatorii autorizate de Ministerul Sanatatii Publice se pot acorda în regim ambulatoriu servicii medicale de tip spitalicesc pentru asiguratii care nu necesita internare, suportate din fondurile aferente asistentei medicale spitalicesci, prin tariful pe serviciu medical stabilit prin norme.

Art. 62

Serviciile medicale spitalicesci se acorda asiguratilor pe baza recomandarii de internare din partea medicului

de familie, a medicului de specialitate din unitati sanitare ambulatorii aflate în relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate precum și a medicilor din unitatile de asistenta medico-sociala. Exceptie fac urgentele medico-chirurgicale și bolile cu potential endemo-epidemic, care necesita izolare și tratament, și internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevazuti la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanta procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale.

Art. 63

- (1) Modalitățile de contractare de către casele de asigurari de sanatate a serviciilor medicale se stabilesc prin norme.
- (2) Valoarea totală contractată de casele de asigurari de sanatate cu spitalele se constituie din următoarele sume, după caz:
- suma aferenta serviciilor medicale spitalicesci a caror plata se face pe baza de tariful pe caz rezolvat: sistem DRG sau tariful mediu pe caz rezolvat pe specialitati, finantata din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca;
 - suma aferenta serviciilor medicale spitalicesci a caror plata se face pe baza de tariful/zi de spitalizare pentru spitalele/sectiile pentru care nu se încadreaza în prevederile lit. a), finantata din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca;
 - suma aferenta programului national cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, finantata din fondul alocat pentru programele nationale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;
 - suma pentru serviciile de hemodializa, finantate din fondul alocat pentru serviciile de hemodializa și dializa peritoneala care face obiectul unui contract distinct;
 - sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicala, diabet zaharat, nutritie și boli metabolice, care se afla în structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, finantate din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice;
 - sume pentru investigatii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, în condițiile stabilite prin norme, sume finantate din fondul alocat asistentei medicale spitalicesci;
 - sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, finantate din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca, în condițiile prevazute prin norme, a caror plata se face prin tariful pe serviciu medical;

PARAGRAFUL 2

Obligațiile și drepturile spitalelor, precum și obligațiile caselor de asigurari de sanatate

Art. 64

- (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate unitatile sanitare cu paturi sunt obligate:
- sa informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriul de

specialitate, prin scrisoare medicală transmisă direct, despre diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului;

- b) să respecte destinația sumelor contractate prin acte adiționale;
 - c) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale;
 - d) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți prin norme;
 - e) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform Clasificării internaționale a maladiilor - varianta 10, pe baza reglementărilor în vigoare;
 - f) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, documentul în care sunt prevăzute obligațiile personalului medical angajat în executarea contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- (2) În situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgență; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență; în această situație casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condițiile stabilite prin norme.

Art. 65

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi au dreptul să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate și validate de casele de asigurări de sănătate și Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, în limita valorii de contract și actelor adiționale încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 66

- În relațiile contractuale cu unitățile sanitare cu paturi casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:
- a) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele negociate și contractate. Pentru fiecare luna casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare;
 - b) să țină evidența internărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidența asiguratul.

PARAGRAFUL 3

Decontarea serviciilor medicale

Art. 67

- (1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale spitalicești contractate cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc prin norme și pot fi, după caz:
 - a) tarif pe caz rezolvat: sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități;
 - b) tarif pe zi de spitalizare pe baza de indicatori specifici stabiliți prin norme pentru spitalele/sectiile la care nu se aplică prevederile lit. a);
 - c) tarif pe serviciu medical pentru serviciile medicale de tip spitalicesc acordate în regim de spitalizarea de zi nominalizate în Ord. MSF nr. 440 și tarif pe caz rezolvat pe specialități pentru servicii medicale de tip spitalicesc altele decât cele prevăzute în Ord. MSF nr. 440
- (2) Spitalele beneficiază, de asemenea, și de:
 - a) sume aferente programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate;
 - b) sume pentru serviciile de hemodializă decontate din fondul pentru serviciile de hemodializă și dializa peritoneală pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme;
 - c) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, care se află în structura spitalului ca unități fara personalitate juridică, finanțate din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite prin norme;
 - d) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, sume finanțate din fondul alocat asistentei medicale spitalicești, în condițiile stabilite prin norme;
- (3) Sumele prevăzute la alin. (2) lit. c) - d) se aloca prin încheierea de acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 68

- (1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele alocate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform normelor, în următoarele condiții:
 - a) pentru spitalele în care serviciile medicale furnizate se decontează pe baza de tarif pe caz rezolvat (DRG) sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, decontarea se face în funcție de numărul de cazuri externe raportate și validate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar de caselor de asigurări de sănătate conform normelor de validare;
 - b) pentru spitalele/sectiile în care serviciile medicale furnizate se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici care sunt aceiași cu cei avuți în vedere la contractare cu condiția respectării criteriilor de internare și în condițiile stabilite prin norme;
 - c) suma aferentă programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice se

- deconteaza la nivelul realizărilor, în limita sumei prevăzută prin program pentru medicamente și materiale sanitare specifice;
- d) suma pentru serviciile de hemodializă se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei contractată cu această destinație;
- e) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, efectuate în regim ambulatoriu, se decontează în condițiile specifice ambulatoriului de specialitate;
- f) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu se decontează în condițiile prevederilor specifice ambulatoriului de specialitate pentru specialități paraclinice;
- g) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme;
- (2) Cazurile internate în regim de spitalizare continuă care nu au îndeplinit criteriile de internare nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului, se decontează de casele de asigurări de sănătate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferentă reprezentând cheltuielile hoteliere fiind suportate de asigurat.

Art. 69

Spitalele vor acoperi din sumele obținute conform art. 68, cu excepția sumelor pentru medicamente și materiale specifice, acoperite prin programul național cu scop curativ și pentru servicii de hemodializă, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:

- a) investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu detine dotarea necesară;
- b) dispensarele medicale care, datorită lipsei unui medic, nu s-au putut constitui în cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și care rămân în structura unităților sanitare cu paturi la care sunt arondate, în condițiile stabilite prin norme;
- c) transport interspitalicesc pentru asigurații care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punct de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice;
- d) servicii hoteliere (cazare și masă) pentru insotitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru insotitorii persoanelor cu handicap grav, în condițiile stabilite prin norme.

Art. 70

Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu și decontează aceste servicii prin tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi.

Art. 71

Spitalele pot încasa coplata de la asigurați. Nu se încasează coplata pentru situațiile de urgență medicochirurgicale.

Art. 72

Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externe din secțiile de boli profesionale pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 59 alin. (4).

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 30% din cazurile externe din aceste secții.

PARAGRAFUL 4

Condiții de reziliere, incetare, suspendare și modificare

Art. 73

- (1) Nerespectarea obligațiilor unităților sanitare cu paturi prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage după sine diminuarea valorii de contract după cum urmează:
- a) la prima constatare cu 1% din valoarea de contract aferentă lunii respective;
- b) la a doua constatare cu 3% din valoarea de contract lunară;
- c) la a treia constatare cu 5% din valoarea de contract lunară;
- Odata cu prima constatare după situațiile de la literele (a), (b), (c), casele de asigurări de sănătate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate anunța Ministerul Sănătății Publice despre situațiile respective în vederea luării măsurilor necesare.
- (2) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:
- a) o secție sau unele secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;
- b) retragerea, la nivelul secției/sectiilor, a autorizației sanitare de functionare; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de functionare.
- c) pentru cazurile de forta majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forta majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termenul contractului.
- (3) Prevederile art. 20 se aplică în mod corespunzător.

C. SERVICII MEDICALE DE HEMODIALIZA SI DIALIZA PERITONEALA

Art. 74

- (1) Serviciile medicale de hemodializă și dializă peritoneală se asigură de către furnizori autorizați și evaluați conform legii, indiferent de forma de proprietate.

- (2) Modalitatea de plată a serviciilor de hemodializa și dializa peritoneală este tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz.
 Tariful pe serviciu medical include toate cheltuielile aferente acestui serviciu, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul dializatorilor de la/la domiciliul asiguratului, cu excepția cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0-8 ani, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alte județe decât cel de domiciliu al copilului, de la și la domiciliu.
- (3) Serviciile medicale de hemodializa și dializa peritoneală se suportă din fondul alocat cu această destinație.
- (4) Pentru serviciile medicale de hemodializa și dializa peritoneală acordate de furnizorii autorizați și evaluați conform legii se încheie contracte distincte cu casele de asigurări de sănătate.

- g) să ajunga la caz în timpul stabilit, conform normelor în vigoare emise de Ministerul Sănătății Publice.

Art. 77

În relațiile contractuale cu unități medicale specializate casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze unităților medicale specializate, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale de urgență și a serviciilor de transport sanitar acordate asiguraților în luna precedentă, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele negociate și contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

SECȚIUNEA a 9-a

Servicii medicale de urgență și transport sanitar

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

Art. 75

- (1) Asistența medicală de urgență și transportul sanitar se acordă și se efectuează de către unități medicale specializate autorizate și evaluate.
- (2) Modalitățile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se stabilesc prin norme.

PARAGRAFUL 2

Obligațiile furnizorilor și ale caselor de asigurări de sănătate

Art. 76

În relațiile contractuale cu casa de asigurări de sănătate unități medicale specializate, autorizate și evaluate, care acordă servicii medicale de urgență și de transport sanitar sunt obligate, după caz:

- a) să acorde îngrijiri medicale de urgență, în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la locul accidentului și până la rezolvarea stării de urgență, în limita competențelor, cu respectarea criteriilor de calitate elaborate conform prevederilor legale în vigoare;
- b) să asigure prezența personalului medico-sanitar conform legii;
- c) să informeze unitatea sanitară la care transporta pacientul despre investigațiile și tratamentele efectuate;
- d) să elibereze adeverințe medicale de urgență, certificate constatatoare de deces, prescripții medicale, după caz, conform normelor;
- e) să asigure servicii medicale de urgență, utilizând mijlocul de transport adecvat și echipamentul corespunzător situației respective;
- f) să introducă monitorizarea apelurilor astfel încât să fie respectată și urmărită promptitudinea la solicitare, stabilită conform normelor;

PARAGRAFUL 3

Decontarea serviciilor medicale de urgență

Art. 78

- (1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale de urgență sunt:
- a) tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediul rural, mila parcursă sau ora de zbor pentru serviciile de transport medical;
- b) tarif pe solicitare pentru serviciile medicale de urgență, pe tipuri de solicitare
- (2) Pentru alte tipuri de transport sanitar se utilizează tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediul rural, mila parcursă sau ora de zbor, după caz.

Art. 79

Sumele aferente serviciilor contractate cu unitățile medicale specializate au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Art. 80

Modalitățile de decontare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar se stabilesc prin norme.

PARAGRAFUL 4

Condiții de reziliere, încetare, suspendare și modificare

Art. 81

Nerespectarea obligațiilor unităților medicale specializate prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage după sine diminuarea valorii de contract după cum urmează:

- a) la prima constatare cu 1% din valoarea de contract aferentă lunii respective;
- b) la a doua constatare cu 3% din valoarea de contract lunară;

- c) la a treia constatare cu 5% din valoarea de contract lunara;

SECTIUNEA a 10-a

Ingrijiri medicale la domiciliu

PARAGRAFUL 1

Conditii de eligibilitate

Art. 82

- (1) Ingrijirile medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice, autorizate și evaluate în condițiile legii, care încheie contracte cu casele de asigurari de sanatate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.
- (2) Condițiile acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilesc în norme.

PARAGRAFUL 2

Obligatiile furnizorilor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu

Art. 83

Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu aflati în relatie contractuală cu casele de asigurari de sanatate sunt obligati:

- a) să acorde asigurărilor serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu numai pe baza biletelor de recomandare eliberate de medicii din unitățile sanitare și furnizori de servicii medicale, aflate în relații contractuale cu casele de asigurari de sanatate; medicii de specialitate care recomanda servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu pot fi reprezentanți legali, angajati, asociati sau administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;
- b) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată;
- c) să comunice direct atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu, cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sanatate a acestuia;
- d) să țină evidența serviciilor furnizate la domiciliul asiguratului, privind tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sanatate;
- e) să urmărească prezentarea la controlul medical al asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea îngrijirii medicale la domiciliu, și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin norme.

PARAGRAFUL 3

Conditii de reziliere, incetare, suspendare si modificare

Art. 84

- (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se reziliază pentru situațiile prevăzute la art. 19 alin. (1).
- (2) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurari de sanatate, în termen de maxim 10

zile calendaristice de la data constatării situațiilor de la art. 19 alin. (2), precum și în cazul nerespectării situațiilor prevăzute la art. 86 și 83 alin. (1) lit. a) și d)

PARAGRAFUL 4

Decontarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu

Art. 85

Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu este tariful pe serviciu medical. Tarifele aferente serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și condițiile acordării acestora se stabilesc prin norme.

SECTIUNEA a 11-a

Asistenta medicală de recuperare-reabilitare a sănătății – în unități sanitare cu paturi

PARAGRAFUL 1

Conditii de eligibilitate

Art. 86

Asistenta medicală de recuperare și reabilitare se asigură în unități medicale de specialitate autorizate și evaluate conform legii, respectiv în spitale de recuperare, secții/compartimente din spitale, sanatorii pentru adulți și copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică.

PARAGRAFUL 2

Obligatiile furnizorilor de servicii medicale de recuperare/reabilitare

Art. 87

În relațiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate furnizorii de servicii medicale de recuperare au următoarele obligatii:

- a) să acorde serviciile medicale asigurărilor, numai pe baza de bilet de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflat în relații contractuale cu casele de asigurari de sanatate;
- b) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală trimisă direct, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sanatate a acestuia.

PARAGRAFUL 3

Decontarea serviciilor medicale de recuperare – reabilitare

Art. 88

Modalitățile de plată în asistenta medicală de recuperare/reabilitare sunt:

- a) tarif pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevăzuți în norme pentru serviciile medicale acordate în spitalele de recuperare și în secțiile/compartimentele de recuperare din spitale; contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistentei medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în norme;

- b) tarif pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevazuti în norme pentru serviciile medicale acordate în sanatorii, inclusiv în sanatoriile balneare, și în prevenatorii. Contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistentei medicale de recuperare/reabilitare. În cadrul sumelor negociate și contractate casele de asigurari de sanatate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare sumele aferente lunii precedente. Pentru fiecare luna casele de asigurari de sanatate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

În cazul sanatoriilor balneare sumele negociate și contractate cu casele de asigurari de sanatate sunt diminuate cu partea de contribuție suportată de asigurați și care reprezintă 30-35% din indicatorul specific, în funcție de tipul de asistență medicală balneară și de durata tratamentului în condițiile stabilite în norme;

Art. 89

- (1) Recomandarile pentru tratament de recuperare/reabilitare în stațiunile balneoclimatice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurari de sanatate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare/reabilitare.
- (2) Recomandarile pentru tratament de recuperare/reabilitare în stațiunile balneoclimatice se întocmesc în două exemplare, astfel încât un exemplar să fie prezentat de către asigurat furnizorului de servicii de recuperare/reabilitare.

PARAGRAFUL 2

Conditii de reziliere, incetare, suspendare și modificare

Art. 90

Nerespectarea obligațiilor contractuale furnizorilor de servicii medicale de recuperare, prevazute în contractul încheiat cu casa de asigurari de sanatate atrage după sine diminuarea valorii de contract după cum urmează:

- a) la prima constatare cu 1% din valoarea de contract aferenta lunii respective;
- b) la a doua constatare cu 3% din valoarea de contract lunara;
- c) la a treia constatare cu 5% din valoarea de contract lunara;

CAP. 3

Acordarea medicamentelor cu și fara contribuție personala în tratamentul ambulatoriu

SECȚIUNEA 1

Conditii de eligibilitate

Art. 91

- (1) Medicamentele cu și fara contribuție personala se asigura de farmaciile autorizate de Ministerul Sanatatii

Publice, evaluate conform reglementarilor legale în vigoare, în baza contractelor încheiate cu casele de asigurari de sanatate.

- (2) Nu se încheie contract cu farmaciile care nu și-au achitat contribuția la Fondul National Unic de Asigurari Sociale de sanatate conform prevederilor legale în vigoare, având în vedere și evidentă casei de asigurari de sanatate.

Art. 92

- (1) Lista cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiaza asigurații pe baza de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fara contribuție personala, denumita în continuare lista, elaboreaza anual de Ministerul Sanatatii Publice și de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, cu consultarea Colegiului Farmacistilor din Romania, și se aproba prin hotarare a Guvernului.
- (2) Lista, după 3 luni de la intrarea în vigoare, se se poate modifica/completa trimestrial prin hotarare a Guvernului, în cazul în care nu mai corespunde nevoilor de asistență medicală, pe baza analizei Ministerului Sanatatii Publice, a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate cu consultarea Colegiului Farmacistilor din Romania, care adopta masurile ce se impun pentru a asigura functionarea în continuare a sistemului, având în vedere sumele ce pot fi acordate cu această destinație.

Art. 93

- (1) Casele de asigurari de sanatate încheie contracte cu reprezentanții legali ai societăților comerciale farmaceutice pentru farmaciile acestora, autorizate și evaluate, precum și cu cei ai farmaciilor care functioneaza în structura unor unitati sanitare din ambulatoriu de specialitate aparținând ministerelor și institutiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, pe baza următoarelor documente:
 - a) certificat de înmatriculare la Registrul Comertului/actul de înființare, după caz
 - b) cod unic de înregistrare;
 - c) autorizatia de functionare;
 - d) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca;
 - e) dovada de evaluare a farmaciei;
 - f) dovada asigurării de raspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor cât și pentru personalul farmaceutic (farmacistii și asistentii de farmacie) pe toata perioada derularii contractului;
- (2) Casele de asigurari de sanatate pot solicita și alte documente strict necesare încheierii contractelor, aprobate prin decizie a presedintilor-directori generali, cu acordul prealabil al furnizorilor.
- (3) În contractul de furnizare de medicamente cu și fara contribuție personala se va specifica valoarea acestuia, defalcata pe trimestre și luni
- (4) Clauzele contractului pot fi modificate prin acte adiționale, iar valoarea contractului poate fi corectată:
 - a) ori de câte ori este nevoie dacă fondul cu această destinație suferă modificari în cursul anului sau dacă se înregistreaza economii la lunii furnizori de

- medicamente, în condițiile prevăzute în norme, cu încadrarea în sumele alocate la această destinație;
- b) în funcție de modificarea criteriilor care au stat la baza stabilirii valorii de contract în condițiile stabilite prin norme.
- (5) Contractele pot fi încheiate de reprezentantul legal al societății comerciale farmaceutice cu casa de asigurări de sănătate în țara carei raza administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective și/sau Casa Asigurarilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurarilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului. În situația în care în cadrul aceleiași societăți comerciale farmaceutice funcționează mai multe farmacii, situate în județe diferite, reprezentantul legal al societății comerciale încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, în țara cărora raza teritorială se află amplasate farmaciile respective, și/sau Casa Asigurarilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurarilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului.
- În situația în care o societate comercială farmaceutică are deschise puncte de lucru, înființate conform prevederilor legale în vigoare, în alte județe aceasta va încheia contracte cu casa de asigurări de sănătate în țara carei raza administrativ-teritorială se află punctul de lucru, în condițiile stabilite prin norme.
- (6) 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 Asigurarilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești.

=====

HOTARARE partea a III a

pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

SECTIUNEA a 2-a

Drepturile și obligațiile furnizorilor de medicamente, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 94

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente evaluate și următoarele obligatii:

- a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI prevăzute în lista, cu prioritate medicamentele cu prețurile de referință;
- b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale (DCI) la

- prețurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor;
- c) să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică;
- d) să verifice prescripțiile medicale cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă pentru a fi eliberate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele privind eliberarea prescripțiilor medicale referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei;
- e) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, prin programul implementat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau printr-un program compatibil cu cerințele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, avizat de aceasta;
- f) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor: factura, borderou centralizator, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a datei de emitere a acestora, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele, în condițiile stabilite prin norme;
- g) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală, în condițiile stabilite prin norme;
- h) să funcționeze cu personal farmaceutic care posedă drept de liberă practică, conform legii;
- i) să informeze asiguratii despre drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale;
- j) să respecte prevederile Codului deontologic al farmaciștilor în relațiile cu asiguratii;
- k) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea furnizării medicamentelor în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale și să afișeze la loc vizibil programul farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente. Acest program se comunică autoritatilor de sănătate publică și caselor de asigurări de sănătate;
- l) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguratilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu casa de asigurări de sănătate cu care se află în contract medicul care a eliberat prescripția medicală și numai în limita valorii de contract;
- m) să informeze asiguratul, la solicitarea acestuia, asupra prețurilor tuturor medicamentelor disponibile în cadrul DCI prescrise..
- n) să anuleze medicamentele/DCI care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale;
- o) să nu elibereze medicamentele din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;
- p) să pastreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie și stampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relație contractuală.
- q) să asigure prezența unui farmacișt în farmacie și la punctele de lucru pe toată durata programului de lucru declarat la casa de asigurări de sănătate;
- r) să depună în primele 5 zile calendaristice ale lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medica-

- mentele documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, în limita valorii de contract;
- s) să se informeze asupra condițiilor de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală.
 - t) să elibereze medicamentele la prețurile cele mai mici și numai la solicitarea și cu acordul asiguratului să elibereze medicamentele din cadrul celui/si DCI la prețuri mai mari decât prețurile de referință.

Art. 95

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 limita valorii contractate;
- b) să se informeze și să fie informati asupra modalității de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală;
- c) să cunoască condițiile de contractare a furnizării de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din Fondul Național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, 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 amanunț și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI prevăzute în sublista A și B, asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amanunț și prețul de referință/prețul de decontare al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate;
- e) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu contin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripțiilor medicale referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei, excepție facând situațiile de la art. 96 lit. c).

Art. 96

În relațiile contractuale cu furnizorii de medicamente evaluați 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;
- b) Casa Asigurarilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurarilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului sunt obligate să încheie contracte cu un furnizor pentru pentru cel/cel puțin o farmacie în localitățile în care acestea au contracte încheiate cu furnizorii de servicii medicale;
- c) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu contin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora, stabilite potrivit normelor; casele

de asigurări de sănătate decontează prescripții medicale care nu contin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute și dacă se poate identifica medicul, asiguratul și se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecțiune acută. În această situație casele de asigurări de sănătate vor atenționa medicii care prescriu rețete fără toate datele obligatorii necesare în vederea decontării acestora, iar începând cu cea de-a treia abatere constatată casele de asigurări de sănătate vor încasa de la medicii care au eliberat prescripția medicală valoarea decontată pentru fiecare prescripție medicală la care s-au constatat astfel de deficiențe. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi la întregirea Fondului Național unic de asigurări sociale de sănătate;

- d) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte, în limita valorii contractate și defalcate trimestrial și lunar, contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală la termenele prevăzute în norme;
- e) să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun;
- f) să controleze furnizorii de medicamente privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- g) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza rapoartelor validate de aceasta;
- h) să acorde, în cadrul sumelor negociate și contractate, avansuri de până la 30% din valoarea anuală a contractului pentru farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriile de specialitate din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească;
- i) să informeze furnizorii de medicamente asupra condițiilor de contractare și asupra modificărilor aparute ulterior ca urmare a modificării actelor normative.

SECȚIUNEA a 3-a

Modalitățile de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

ART. 97

- (1) Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fondul Național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru fiecare medicament corespunzător denumirii comune internaționale (DCI) din lista, este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra prețului de referință pentru DCI cuprinse în sublistele A, B și C, respectiv prețul de decontare pentru medicamentele la care nu se stabilește prețul de referință. Prețul de decontare este cel prevăzut prin ordin al ministrului sănătății publice.
- (2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, al celor din sublista B este de 50% din prețul de referință, iar al celor din sublista C este de 100% din prețul de referință.

- (3) Pretul de referință reprezintă pretul cel mai mic corespunzător unității terapeutice aferente aceleiași forme farmaceutice din cadrul DCI și pentru fiecare concentrație.

Art. 98

- (1) Modalitățile de prescriere, eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme.

Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente, cu și fără contribuție personală, cu următoarele restricții:

- pentru sublista A și o singură prescripție lunar, cu maximum 4 medicamente;
 - pentru sublista B și o singură prescripție lunar, cu maximum 3 medicamente, cu excepția medicamentelor prevăzute în această sublistă, notate cu #, situația în care se prescrie o singură prescripție cu un medicament notat cu # pe luna;
 - pentru sublista C secțiunea C1 și pe fiecare cod de boală, o singură prescripție lunar, cu maximum 3 medicamente;
 - pentru sublista C secțiunea C3 și o singură prescripție lunar cu maximum 4 medicamente.
- (2) Prin excepție, în cazul medicamentelor stupefiante se pot emite pentru același asigurat două sau trei prescripții cu timbru sec, cuprinzând tratamentul necesar pentru 15, respectiv 10 zile, conform reglementărilor specifice în vigoare.
- (3) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale și asiguraților cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe o lună atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A cât și cele cuprinse în sublista B, precum și cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe o lună pentru fiecare cod de boală pentru medicamentele cuprinse în sublista C; în această situație asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excepția situației prevăzute la alin. (3) (2).
- (4) Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul Național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor cu pretul cel mai mic corespunzător fiecărei denumiri comune internaționale (DCI) cuprinse în sublistele A, B și C secțiunea C1, pentru aceeași concentrație și forma farmaceutică în condițiile alin. (1) și (3) (4).
- (5) Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite, farmaciile întocmind borderouri distincte pentru fiecare sublistă, cu excepția medicamentelor antidiabetice orale corespunzătoare DCI-urilor din grupa de boală cronică diabet zaharat G21 pentru care se completează prescripție distinctă.
- (6) În mod excepțional, în alte situații complexe, cu risc crescut de handicap major sau de pierdere a vieții, numărul de medicamente prevăzute la alin. (1) și (5) se poate depăși numai cu acordul scris al comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății Publice.
- (7) Copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 12 luni vor beneficia de medicamente gratuite fără plafonare valorică și

cantitativă. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 12 luni va fi suportată integral din Fondul Național unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare.

SECȚIUNEA a 4-a

Sanctiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetarea a contractelor

Art. 99

Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază deplin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

- dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;
- dacă din motive imputabile farmaciei evaluate această își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- retragerea de către organele în drept a evaluării farmaciei sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- dacă farmacia evaluată înlocuiește medicamentele neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;
- o dată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 102;
- nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții medicale privind eliberarea de medicamente conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an;
- nerespectării prevederilor de la art. 94 lit. (c), (e), (h), (l) m), (o) și (q).
- la a doua constatare a nerespectării termenului de 15 zile pentru remediarea situațiilor prevăzute la art. 94 lit. (a), (b), (f), (n), (s), (t).
- la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricărui dintre obligațiile prevăzute la art. 94 lit. (d), (i) j), (k) și (p).

Art. 100

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

- expirarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia;
- pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea

cazului de forta majora dar nu mai mult de 6 luni sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

Art. 101

Contractul de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu inceteaza cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele:

- a) furnizorul de medicamente se muta din raza administrativ teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;
- b) incetarea prin faliment, dizolvare, lichidare;
- c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;
- d) acordul de vointa al partilor;
- e) denuntarea unilateral 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.

Art. 102

In cazul in care persoanele imputernicite de casele de asigurari de sanatate constata nerespectarea programului de lucru comunicat la casa si mentionat in contract suma convenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii se diminueaza dupa cum urmeaza:

- a) 10% la prima constatare;
- b) 15% la a doua constatare;
- c) 20% la a treia constatare.

Sumele obtinute din aceste incasari se vor folosi la intregirea fondului alocat consumului de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, la nivelul casei de asigurari de sanatate.

Art. 103

Lista cu medicamente (denumiri comerciale), se elaboreaza pe baza listei cu medicamentele de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala, aprobata prin Hotararea Guvernului si se aproba prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

CAP. 4

Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu

SECTIUNEA 1

Conditii de eligibilitate

Art. 104

Dispozitive medicale se acorda, pentru o perioada determinata sau nedeterminata, de catre furnizorii de dispozitive medicale avizati de Ministerul Sanatatii Publice si evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare.

Art. 105

- (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale se incheie intre furnizorul de dispozitive medicale avizat, evaluat, prin reprezentantul sau legal, si casa de asigurari de sanatate, pe baza urmatoarelor documente:
 - a) certificatul de inregistrare cu cod unic de inregistrare sau, dupa caz, actul de infiintare conform prevederilor legale in vigoare;
 - b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca;
 - c) dovada de evaluare, pentru sediul social si pentru punctele de lucru;
 - d) autorizatia/autorizatiile de utilizare a dispozitivelor medicale si/sau, dupa caz, certificatul/certificatele de inregistrare a dispozitivelor medicale, emise de Ministerul Sanatatii Publice;
 - e) avizul de functionare si/sau certificatul de inregistrare al producatorului de dispozitive medicale, dupa caz, emis de Ministerul Sanatatii Publice;
 - f) dovada de raspundere civila in domeniul medical, pe toata perioada derulării contractului;
 - g) lista preturilor de vanzare cu amanuntul pentru dispozitivele a caror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate;
- (2) Casele de asigurari de sanatate pot solicita si alte documente strict necesare incheierii contractelor, aprobate prin decizie a presedintilor-directori generali, cu acordul prealabil al furnizorilor.
- (3) Nu se incheie contract cu furnizorii de dispozitive 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

Drepturile si obligatiile furnizorilor, precum si obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Art. 106

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 si de punerea in functiune a dispozitivelor medicale;
- b) sa asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale in vigoare;
- c) sa livreze dispozitive medicale si sa desfasoare activitati de protezare numai la sediul social 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 sufere modificari, in conditiile in care asiguratul respecta programarea pentru proba a dispozitivului medical la comanda;

- f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință ale dispozitivelor medicale, prețurile de vânzare cu amanuntul ale dispozitivelor medicale, însoțite de autorizațiile de utilizare și/sau, după caz, de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale, emise de Ministerul Sănătății Publice;
- g) să respecte confidentialitatea tuturilor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- h) să emită, în vederea decontării, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către furnizorul care a efectuat audiogramele inițiale și care a încheiat cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnatura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poșta și primirea la domiciliu; cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;
- i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;
- j) să anunțe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare în termen de maxim 5 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

Art. 107

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de dispozitive medicale au următoarele drepturi:

- a) să primească de la casa de asigurări de sănătate contravaloarea dispozitivelor medicale furnizate, conform facturilor emise și documentelor însoțitoare, inclusiv sumele de închiriere;
- b) să fie informat ori de câte ori este nevoie și din timp asupra modalității de furnizare a dispozitivelor medicale;
- c) să cunoască condițiile de contractare privind furnizarea de dispozitive medicale suportate din Fondul Național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;
- d) să încaseze contribuție personală de la asigurați, reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amanuntul și prețul de referință ale dispozitivelor medicale furnizate.

Art. 108

În relațiile contractuale cu furnizorii de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

- a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale evaluate astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor prezentei hotărâri și să se facă publică lista în ordine alfabetică a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și

punctul de lucru din județul respectiv, pentru informarea asiguratului;

- b) să informeze permanent furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;
- c) să verifice activitatea furnizorilor de dispozitive medicale conform contractelor încheiate cu acestea;
- d) să emită decizii privind aprobarea procurării dispozitivului medical, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.
- e) să precizeze în decizia de procurare a dispozitivului medical prețul de referință/suma de închiriere suportată de casa de asigurări de sănătate din Fondul Național unic de asigurări sociale de sănătate a dispozitivului medical furnizat de această și să specifice pe verso-ul deciziei lista furnizorilor de dispozitive medicale, care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se afla în relații contractuale;
- f) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale evaluat și să pună la dispoziție asiguratilor, o dată cu decizia, prin poșta, lista tuturilor prețurilor de vânzare cu amanuntul pentru dispozitivul medical aprobat prin decizie;
- g) să asigure decontarea pe baza facturilor de decontare emise de furnizor și a documentelor însoțitoare;
- h) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la termenele stabilite, datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de dispozitive medicale, în baza contractelor încheiate cu acestea;
- i) să țină evidența deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale pe fiecare asigurat, precum și evidența dispozitivelor medicale decontate pe fiecare asigurat;

SECȚIUNEA a 3-a

Decontarea dispozitivelor medicale

Art. 109

Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fondul Național unic de asigurări sociale de sănătate pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra prețului de referință. Prețul de referință este prețul cel mai mic corespunzător fiecarui dispozitiv medical sau tip de dispozitive medicale. Procentele de compensare se stabilesc în funcție de nivelul prețurilor de vânzare cu amanuntul ale dispozitivelor medicale.

Art. 110

- (1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amanuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amanuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanța fiscală.
- (2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fondul Național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile prevederilor

legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amanuntul ale tuturor furnizorilor acreditați de dispozitive medicale sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul de vânzare cu amanuntul cel mai mic. În situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amanuntul ale tuturor furnizorilor acreditați de dispozitive medicale sunt mai mici sau mai mari decât prețul de referință, casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amanuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință, respectiv prețul de referință dacă prețul de vânzare cu amanuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință.

- (3) Casele de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere pentru unele dispozitive medicale, potrivit dispozițiilor cuprinse în norme.

Art. 111

- (1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza un număr de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alături de, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.
- (2) Criteriile de prioritate pentru acordarea dispozitivelor medicale precum și pentru soluționarea listelor de prioritate în cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate.

Art. 112

- (1) Dispozitivele medicale se acordă pe baza recomandării medicale a medicilor de specialitate aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal. Medicul sau reprezentantul legal al medicului reprezintă furnizorul de servicii medicale și nu cel de dispozitive medicale. Atât medicul prescriptor cât și furnizorul de dispozitive medicale se află în relație contractuală cu aceeași casa de asigurări de sănătate.
- (2) Pentru dispozitivele de protezare stomii și încontinenta urinara recomandarea se poate face și de către medicii de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în baza scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și a cererii scrise întocmite de asigurat, de către unul dintre membrii de familie (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), de o persoană imputernicită de către acesta sau de reprezentantul legal al asiguratului. Recomandarea medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului. Cererea se înregistrează la casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află asiguratul.
- (3) Modul de prescriere, procurare, închiriere și decontare a dispozitivelor medicale se stabilește prin norme.
- (4) Termenele de înlocuire, condițiile de reparare a dispozitivelor medicale și modul de decontare

reparațiilor se stabilesc prin norme, în condiții de eficiență a utilizării fondului alocat cu această destinație.

- (5) Medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care prescriu dispozitive medicale și își desfășoară activitatea în cadrul unei unități sanitare autorizate și evaluate, nu pot reprezenta interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluate.

SECȚIUNEA a 4-a

Sanctiuni, conditii de reziliere si incetare a contractelor

Art. 113

Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază deplin drept prin-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

- ridicarea de către organele în drept a avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale sau expirarea termenului de valabilitate a acestora;
- retragerea evaluării sau expirarea termenului de valabilitate a evaluării;
- dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta și întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- nerespectarea prevederilor legale privind condițiile de introducere pe piață și de utilizare a dispozitivelor medicale;
- furnizarea de dispozitive medicale pentru care nu detine autorizație de utilizare/certificat de înregistrare a dispozitivului medical, emisa/emis de Ministerul Sănătății Publice;
- nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 106 lit. b), c) și d).
- la încălțarea și constatarea nerespectării termenului de 5 zile pentru remediarea situațiilor prevăzute la art. 106 lit. e), h) și j).
- la înăsărea constatarea nerespectării în cursul unui an a oricareia dintre obligațiile prevăzute la art. 106 lit. g) și i).

Art. 114

Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- incetarea prin faliment, dizolvare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;
- incetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;
- acordul de voință al partilor;
- denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, prin-o notificare scrisă și motivată în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului

CAP. 5

Dispozitii finale

Art. 115

Lista serviciilor medicale și lista dispozitivelor medicale de care beneficiază asigurații în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale de care beneficiază persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate sunt prevăzute în norme.

Art. 116

Centrele de sănătate cu personalitate juridică înființate de Ministerul Sănătății Publice, care au în structura paturii de spital și ambulatoriu de specialitate, încheie contract direct cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală desfășurată în calitate de furnizor de servicii medicale. Aceste centre de sănătate sunt asimilate cu spitalele comunale. Pentru serviciile medicale acordate se aplică aceleași prevederi prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme, referitoare la serviciile medicale spitalicești.

Art. 117

Pentru centrele de sănătate cu paturi, fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății Publice, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate, considerat secție a spitalului respectiv.

Art. 118

Pentru centrele de sănătate fără paturi și fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății Publice, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate.

Art. 119

Contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau functionale se încheie anual. Decontarea serviciilor medicale și a dispozitivelor medicale aferente unui decembrie a anului în curs se face în luna ianuarie a anului următor, conform normelor de închidere a exercitiului bugetar.

Art. 120

Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale pentru anul

2006 se prelungesc prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actul adițional va fi consemnată distinct ca suma inclusă în valoarea totală, în contractul pe anul 2007. Condițiile acordării asistentei medicale în baza actului adițional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare la data încheierii actului adițional.

Art. 121

Casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

- sa raporteze Casei Nationale de Asigurari de Sanatate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale, pe baza contractelor încheiate cu acestea, precum și evidența asiguraților și a documentelor justificative utilizate și să respecte termenii de raportare;
- sa respecte termenii 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 încheierii fiecarui trimestru, datele solicitate în vederea calculării valorilor definitive ale punctelor;
- sa monitorizeze pe codul numeric personal (CNP) al fiecarui asigurat numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se afla în relație contractuală.
- sa furnizeze la solicitarea Ministerului Sănătății Publice datele de identificare a persoanelor asigurate numai pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform legislației în vigoare.

Art. 122

- Pentru asigurarea continuității tratamentului bolnavilor incluși în programul național cu scop curativ, până la finalizarea licitațiilor naționale pentru subprogramele din programul național cu scop curativ, și încheierea contractelor de furnizare de medicamente și materiale sanitare specifice, Casa Nationala de Asigurari de Sanatate este abilitată să utilizeze fondurile alocate cu această destinație în baza actelor adiționale la contractele derulate în anul 2005.
- Furnizarea cantitatilor de medicamente și/sau de materiale sanitare specifice, corespunzătoare necesarului lunar, se face în condițiile menținerii ofertei de către furnizorii de medicamente și/sau de materiale sanitare specifice.
- Pentru subprogramele din programul național cu scop curativ pentru care achiziția de medicamente și/sau materiale sanitare specifice se realizează prin licitația la nivel național, casele de asigurări de sănătate sunt abilitate să încheie contracte cu unitățile sanitare nominalizate până la finalizarea licitației la nivel național, cu excepția situațiilor prevăzute la alin. (1).
- Pentru subprogramele din programul național cu scop curativ pentru care achiziția de medicamente și/sau materiale sanitare specifice nu se realizează prin licitația la nivel național, casele de asigurări de sănătate sunt abilitate să încheie contracte cu unitățile sanitare nominalizate.

Art. 123

Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu centrele de sănătate multifuncționale distinct pentru

fiecare tip de asistență medicală conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor, pentru tipurile de asistență medicală respective.

Art. 124

- (1) Sunt incluse în lista denumirilor comerciale corespunzătoare denumirilor comune internaționale (DCI) din lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală numai medicamentele cu studii de bioechivalență, cu excepția situațiilor în care DCI-ul respectiv nu este inclus pe lista DCI-urilor care necesită studii de bioechivalență conform normelor în vigoare și a situațiilor în care pentru un anumit DCI nu există medicamente care detin astfel de studii.
- (2) Criteriile prevăzute la alin. (1) se aplică și în cazul medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor prevăzute la art. 213 alin. (1) lit. a) din Titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății precum și pentru femeile gravide și lauze.

Art. 125

Pentru asigurarea continuității acordării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu

și dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau functionale în ambulatoriu în sistemul de asigurări sociale de sănătate, până la definitivarea procesului de evaluare și amabile certificatele de acreditare emise în acest sens.

Art. 126

Lista de servicii medicale acordate la nivel regional precum și modalitatea de încheiere a contractelor de furnizare de servicii medicale cu mai multe case de asigurări de sănătate dintr-o anumită regiune, se stabilesc după reorganizarea și restructurarea unităților sanitare cu paturi de către Ministerul Sănătății Publice.

Art. 127

Pentru situații excepționale casele de asigurări de sănătate pot lua decizii la nivelul consiliilor de administrație numai în limita prevederilor legale în vigoare, pe care le va anunța Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.