

**PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
în asistența medicală primară**

CAPITOLUL I Pachetul minimal de servicii medicale

A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală:

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

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

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

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

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).

NOTĂ: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată și pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspiciunată și confirmată.

C. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidență în primul trimestru;

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

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

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;

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

e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;

f) consiliere pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.

NOTĂ 1: În conformitate cu programul de monitorizare investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii, pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la naștere.

NOTĂ 2: În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni.

D. Imunizări:

I. conform programului național de imunizări:

- a) antituberculoasă - vaccin BCG;
- b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;
- c) testarea PPD;
- d) antihepatită B;
- e) antipoliomielitică VPO și VPI;
- f) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată);
- g) antirujeolică și antirujeolică-antirubeolică-antiurliană;
- h) împotriva difteriei și tetanosului - DT (revaccinare);
- i) împotriva difteriei și tetanosului la adulți - dT (revaccinare);
- j) împotriva tetanosului - dT sau VTA;
- k) antirubeolică.

II. antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;

E. Activități de suport

Eliberare de acte medicale:

- certificat de concediu medical, certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;

F. Servicii de planificare familială:

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

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

A. Serviciile cuprinse la Capitolul I Pachetul minimal de servicii medicale

B. Servicii medicale curative:

Consultație pentru afecțiuni acute intercurrente (anamneză, examen clinic, diagnostic și tratament).

-

NOTĂ: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maxim trei consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an.

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de bază

A. Serviciile cuprinse la Capitolul II Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

B. Servicii medicale profilactice:

Urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț:

- a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului;
- b) la 1 lună - la domiciliul copilului;
- c) la 2 luni;
- d) la 4 luni;
- e) la 6 luni;
- f) la 9 luni;
- g) la 12 luni;

h) la 15 luni;

i) la 18 luni.

C. Imunizări

Vaccinări în caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sănătății, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate, altele decât cele prevăzute la Cap. I, lit. D.

D. Servicii de promovare a sănătății

Educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, precum și consilierea antidrog.

E. Servicii medicale de prevenție

a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani;

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

c) Control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare, în limita competențelor și la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare;

d) Control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare în limita competențelor și la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare, pentru care medicul de familie organizează evidența și raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate, altele decât cele de la lit. c).

F. Servicii medicale curative:

Consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute intercurrente sau cronice programabile care cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general,

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare,

- recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare,

- manevre de mică chirurgie, după caz.

- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienodietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice.

- recomandare pentru consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu sau pentru internare pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie,

- recomandare pentru tratament de recuperare-reabilitare după caz.

- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, după caz;

- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz.

NOTĂ 1: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate.

NOTĂ 2: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maxim trei consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an.

G. Monitorizarea stării de sănătate și a tratamentului pentru bolnavii cu afecțiuni cronice.

Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, acesta va organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui CNAS. Evidența și monitorizarea acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare
- raportarea lunară a modificărilor intervenite / mișcarea lunară / intrări/ieșiri
- examen periodic conform programării - control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare în limita competențelor și la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare, pentru care medicul de familie organizează evidența și raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate, altele decât cele de la lit. E, lit. c).

NOTĂ: Pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, casa de asigurări de sănătate decontează o consultație - control/evaluare periodică – epicriză de etapă la 3 luni, pentru fiecare caz.

H. Consultații la domiciliul asiguraților - maximum 5 consultații/săptămână/medic.

NOTĂ 1: Vizitele la domiciliu se consemnează în „Caietul de domiciliu” care va conține: data și ora vizitei, numele, prenumele și CNP-ul asiguratului căruia i s-au acordat serviciile medicale, motivul solicitării, diagnosticul prezumat, tratamente administrate, bilet de trimitere (seria și numărul), după caz.

NOTĂ 2: Pentru bolnavii nedeplasabili (insuficiență cardiacă clasa NYHA IV, paraplegie, tetraplegie, fază terminală etc) medicul de familie efectuează controlul periodic la domiciliul acestora.

NOTĂ 3: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maxim trei vizite la domiciliu, pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an.

I. Servicii medicale paraclinice

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

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

CAPITOLUL IV Dispoziții finale

1. Organizarea la nivelul cabinetului medicului de familie a evidenței bolnavilor cu afecțiuni cronice se realizează conform listei de afecțiuni cuprinsă în anexa nr. 39 A.

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

3. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari de card european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. I lit. A și B și la cap. II lit. B.

Pentru situațiile care se încadrează la Cap. II litera B, costurile investigațiilor paraclinice recomandate și al tratamentelor prescrise sunt suportate din FNUASS, în aceleași condiții ca pentru asigurați.

4. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la Cap. III lit. A - H sau numai de unele dintre acestea, după caz.

5. Pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia de serviciile medicale prevăzute la cap. I în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

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

ANEXA 2

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale, precum și în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

ART. 1 (1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii și plata prin tarif pe serviciu medical – consultație, pentru unele servicii medicale prevăzute Anexa 1 la ordin, precum și pentru serviciile medicale acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

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

a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii se stabilește astfel:

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

Grupa de vârstă	0 – 3 ani	4 – 59 ani	60 ani și peste
Număr de puncte / persoană / an	10,2	6,6	10,2

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

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

În acest sens, medicii de familie atașează la fișa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredințat sau dat în plasament și de persoană instituționalizată;

NOTĂ 3: Pentru persoanele încadrate ca și persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate, numărul de puncte aferent acestora este cel corepunzător grupei de vârstă „60 ani și peste”.

2. la calculul numărului lunar de puncte "per capita", conform art. 1 alin. (2), se iau în considerare persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente;

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

4. Numărul maxim de persoane înscrise pe lista medicului de familie pentru care se acorda punctaj per capita în vederea decontării prin tarif pe persoana asigurată este de 2.200.

Excepție fac situațiile în care medicul cu listă proprie desfășoară activitate într-o localitate în care numărul de medici este mai mic decât cel stabilit de comisia constituită conform art. 22 alin. (3) din Contractul-cadru.

5. Pentru un număr de 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie, programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care se contractează cu casa de asigurări de sănătate, în vederea acordării serviciilor medicale în asistența medicală primară este de 35 de ore pe săptămână.

În situația în care numărul necesar al serviciilor de care beneficiază persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise pe lista proprie a medicului de familie crește, programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi corespunzător.

6. În situația în care numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

6.1 numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane din listă și structura pe grupe de vârstă se înmulțește cu raportul dintre 2.200 și numărul de înscriși pe listă, astfel:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.4 În situația în care cabinetul medical se află într-o zonă/localitate cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie și pentru care se face dovada demersurilor repetate, întreprinse în vederea atragerii de personal calificat (medici de familie), numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

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

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

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

b) Medicii nou-veniți într-o localitate în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

262/2010, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleași condiții ca și medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniți, cu respectarea prevederilor art. 22 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, privind numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii, înscrși pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 se stabilește conform lit. a).

c) Medicii nou-veniți într-o localitate în condițiile prevederilor art. 30 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, chiar dacă la sfârșitul celor 3 luni pentru care a avut încheiată convenție de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 22 alin. (3) și alin.(5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care și-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniți au obligația ca în termen de maximum 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor șase luni în condițiile art. 22 alin. (6).

Pentru cele 6 luni de contract în care medicul nou-venit are obligația de a înscrie numărul minim persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 22 alin. (3) și alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, venitul se stabilește conform lit. a).

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

1. În raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 163/90/2008.

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru și un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul și pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărțit proporțional cu programul de lucru - exprimat în ore desfășurat la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1, alin. (2), lit. a), pct. 5, iar numărul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta în funcție de sporul de zonă aferent localității unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

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

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

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

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

e) Serviciile cuprinse la cap. I lit. A - F, cap. II lit. A, cap. III lit. B, C, D, E, G din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata "per capita".

(3) Suma convenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin plata per serviciu – consultație se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical cu valoarea stabilită pentru un punct.

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

- Consultație la domiciliu -15 puncte
- Consultație la cabinet - 5 puncte

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

- timpul mediu / consultație este de 15 minute

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

- o consultație la domiciliu /zi

c) Serviciile cuprinse la cap. II lit. B și cap. III lit. F și H, din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata pe serviciu medical-consultație.

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

a) medicamentele și după caz, unele materiale sanitare prescrise, trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul stabilit. Pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, prescripția medicală se completează, folosind exclusiv formularul cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne în carnet la medicul de familie și celelalte două se înmânează asiguratului în vederea prezentării acestuia la o farmacie aflată în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru eliberarea medicamentelor, respectiv a materialelor sanitare prescrise; pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripție medicală distinctă;

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

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

În unitățile de învățământ în care nu există medic școlar sau în centrele de vaccinare, pentru acele vaccinuri care se livrează în fiole cu mai multe doze individuale imunizările se efectuează de medicii de familie desemnați la începutul anului de direcțiile de sănătate publică și comunicați caselor de asigurări de sănătate, care răspund atât de efectuarea inoculărilor, cât și de verificarea stării de sănătate a persoanelor care trebuie imunizate. Medicii care au efectuat imunizările sunt obligați să raporteze nominal și pe cod numeric personal (CNP) caselor de asigurări de

sănătate și direcțiilor de sănătate publică vaccinările efectuate. Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să informeze medicii de familie pe a căror listă se regăsesc persoanele imunizate despre efectuarea acestor servicii medicale, pentru a fi trecute în registrul propriu de vaccinări și în carnetul de vaccinări, dar fără a fi raportate ca activitate proprie.

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

În situația în care nu este disponibil un medic fără obligații contractuale confirmate de către consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, se poate prelua activitatea și de către medicii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu prelungirea corespunzătoare a programului de activitate.

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

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

(3) Pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare înlocuirea medicului absent se poate face și pe bază de reciprocitate între medici, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru în mod corespunzător, în funcție de numărul de servicii medicale solicitate de persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii din lista proprie și cei din lista medicului înlocuit. Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune anterior perioadei de absență, la casa de asigurări de sănătate, un exemplar al convenției de reciprocitate și va afișa la cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an.

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

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

(5) Suma convenită prin plata "per capita" și pe serviciu aferentă perioadei de absență se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului

contractului urmând ca în convenția de înlocuire să se stipuleze în mod obligatoriu condițiile de plată a medicului înlocuitor sau în contul medicului înlocuitor, după caz.

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

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

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

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

(4) În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultații al cabinetului în care medicul înlocuitor își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

ART. 5 Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici de familie. Medicii angajați nu au listă de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii propriie și nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și, după caz, a unor materiale sanitare se face folosindu-se formularul-tip cu ștampila cabinetului și parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 6 (1) Medicii de familie nou-veniți într-o localitate încheie cu casa de asigurări de sănătate o convenție de furnizare de servicii medicale pe o perioadă de maximum 3 luni - perioadă considerată necesară pentru înscrierea persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii în lista proprie, în care se prevăd obligațiile și drepturile furnizorului de servicii medicale, potrivit anexei nr. 6 la ordin.

(2) În situația în care înainte de încheierea perioadei de 3 luni, prevăzută la alin. (1), numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii înscriși în lista proprie ajunge la nivelul minim necesar pentru încheierea unui contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, medicii respectivi pot încheia contract conform anexei nr. 3 la ordin și înainte de data de expirare a convenției.

(3) În cazul în care medicul care a încheiat o convenție potrivit alin. (1) nu reușește să înscrie pe lista proprie, în termenul prevăzut, numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 22 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta, conform anexei nr. 3 la ordin, pentru lista pe care acesta și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 22 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, în caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și

casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor șase luni, în condițiile art. 22 alin. (6) din Contractul-cadru.

(4) Medicul de familie nou-venit într-o localitate într-un cabinet medical deja existent, conform art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, încheie cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale, conform anexei nr. 3 la ordin.

ART. 7 Fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. 70% pentru plata "per capita" și 30% pentru plata pe serviciu-consultație, după ce s-au reținut sumele ce rezultă potrivit pct. 2;

2. Venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate este format din:

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

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

ART. 8 Pentru calculul trimestrial al valorilor definitive ale punctelor, fondul anual aferent asistenței medicale primare se defalchează pe trimestre.

ART. 9 (1) Valoarea minimă garantată a punctului „per capita” este unică pe țară, este valabilă pentru un an și este în valoare de 4,5 lei .

(2) Valoarea unui punct "per capita" se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în funcție de fondul aferent pentru trimestrul respectiv, destinat pentru plata "per capita" a medicilor de familie și de numărul de puncte "per capita" efectiv realizat, conform art. 1 alin. (2) și reprezintă valoarea definitivă a unui punct "per capita" unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

(3) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu - consultație este unică pe țară, este valabilă pentru un an și este în valoare de 0,9 lei .

(4) Valoarea unui punct pentru plata pe serviciu medical- consultație se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în funcție de fondul aferent pentru trimestrul respectiv, destinat pentru plata pe serviciu medical- consultație a medicilor de familie, și de numărul de puncte pe serviciu medical - consultație efectiv realizate cu respectarea condițiilor prevăzute la art. 1 alin. (3), și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical-consultație unică pe țară pentru trimestrul respectiv. Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu - consultație nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu - consultație.

ART. 10 (1) Suma convenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulțirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate și a numărului de puncte pe serviciu- consultație efectiv realizate cu valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical- consultație.

(2) Suma convenită medicilor de familie pentru un trimestru se calculează prin totalizarea sumelor rezultate prin înmulțirea numărului de puncte "per capita" și a

numărului de puncte pe serviciu medical- consultație efectiv realizate în trimestrul respectiv cu valoarea definitivă a punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical- consultație.

ART. 11 Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prevederilor contractului-cadru și a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor convenite pentru activitatea desfășurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

ART. 12 Persoane beneficiare ale pachetelor de servicii care doresc să își schimbe medicul de familie vor adresa o cerere medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă. Medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă), în maximum 30 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat asiguratul, precum și casa de asigurări de sănătate. Medicul de familie de la care pleacă asiguratul are obligația să transfere fișa medicală, prin poștă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă asiguratul păstrează minimum 1 an o copie după fișa medicală a acestuia.

ART. 13 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, o dată cu recalcularea drepturilor bănești convenite medicului de familie.

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

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

ART. 14 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind calitatea furnizării serviciilor medicale în asistența medicală primară, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor de familie la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 15 (1) În aplicarea art. 38 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262, prin nerespectarea a programului de lucru stabilit se înțelege absența nemotivată de la programul de lucru afixat pentru activitatea desfășurată în cabinetul medical.

(2) Absența motivată se ia în considerare pentru situațiile prevăzute la art. 3 alin. (2), precum și pentru următoarele situații: citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective, cu condiția numirii unui înlocuitor pe bază de convenție de reciprocitate sau convenție de înlocuire, ale cărui număr de telefon și adresă vor fi afișate la cabinetul medical. Pentru aceste situații medicii de familie trebuie să depună la casa de asigurări de sănătate copia documentelor justificative. În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați.

ART. 16 Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, care au competența și dotarea necesară, ecografii generale (abdomen și pelvis), la tarife negociate care nu pot fi mai mari decât tarifele maxime prevăzute în anexa nr.7 la ordin, respectiv la nivelul tarifelor contractate de către casele de asigurări de sănătate.

Medicii de familie pot efectua aceste servicii numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază din lista proprie—pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografiile generale numai dacă au obținut competență confirmată prin ordin al ministrului sănătății.

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

Efectuarea serviciilor medicale paraclinice se desfășoară în cadrul unui program suplimentar, stabilit în afara programului de lucru contractat pentru serviciile medicale din asistența medicală primară.

ART. 17. Modelul procesului verbal de predare-preluare a documentelor medicale întocmit pentru situațiile prevăzute la art. 32 lit. l) din Contractul-cadru este cel prevăzut în Anexa 2B.

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

ANEXA nr. 2a
- model -

PROCES VERBAL DE PREDARE – PRELUARE
A DOCUMENTELOR MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ
ÎNCHEIAT ÎNTRE

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

și

1. Furnizorul de servicii medicale ^{1,2}
Reprezentant legal
Nr. contract/convenție
Sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna
str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul
....., telefon

2. Dr.....³ angajat al Furnizorului de
servicii medicale
Nr. contract/convenție
Sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna
str. nr., bl., sc., et., ap.,
județul/sectorul , telefon

3. Asistent medical ⁴
Angajat al Furnizorului de servicii medicale
Nr. contract/convenție
Sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna
str. nr., bl., sc., et., ap.,
județul/sectorul , telefon

Au fost predate - preluate următoarele documente:

1. Registrul de consultații în uz:Nr. buc.:.....
2. Fișe medicale în uz referitoare la persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii
medicale înscrise pe lista medicului / medicilor de familie:
Dr. Nr. buc.
Dr. Nr. buc.
.....
3. Alte documente medicale:
..... Nr. buc.:
..... Nr. buc.:
..... Nr. buc.:

Notă:

^{1, 2} Pentru situațiile de încetare, reziliere a contractului/convenției sau deces al unui medic de familie angajat.

³ Pentru situațiile de excludere din contract/convenție a medicului de familie.

⁴ Pentru situațiile de deces al reprezentantului legal al furnizorului, în cazul cabinetelor medicale individuale.

Prezentul Proces-verbal a fost încheiat astăzi în
exemplare, câte un exemplar pentru fiecare parte, cu respectarea prevederilor Legii
nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter
personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare și
ale H.G. nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării

asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.

Încheiat astăzi/2010.

Am predat,
preluat,

Am

Reprezentant legal/Medic/Asistent medical
(Nume și prenume)

Reprezentant CAS
(Nume și prenume)

.....

.....

ANEXA nr. 2b

Furnizor de servicii medicale

Sediul social / Adresa fiscală.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul¹ (a)
legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând ca falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că lista cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2010 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de²

Subsemnatul³ (a).....
legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând ca falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere, că lista/listele cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2010 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de⁴, pentru următorii medici de familie:

.....
.....
.....

Notă:

¹ Pentru cabinetele medicale individuale

^{2,4} Se va trece data la care a încetat termenul de valabilitate a contractului anterior

³ Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:

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

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)

ANEXA 3
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

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

și

Cabinetul medical de asistență medicală primară, organizat astfel:
- cabinet individual, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul titular

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

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

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

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

cu certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr., sau actul de înființare sau organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care solicită să le contracteze, după caz, nr. (furnizorii organizații conform O.G. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale indiferent de forma lor de înființare și organizare), autorizație sanitară de funcționare nr..... pentru cabinet/raportul de inspecție nr..... eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, autorizație sanitară de funcționare nr.... pentru punctul secundar de lucru /raportul de inspecție nr..... eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor

igienico-sanitare prevăzute de lege, având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap., județul/sectorul, telefon . fix / mobil, adresă e-mail, și sediul punctului secundar de lucru în localitatea, str. nr. ..., telefon fix / mobil, adresă e-mail, cont nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca, cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, dovada de evaluare a unității sanitare nr., dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr., dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare ,cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr...., certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic, autorizația de liberă practică pentru personalul mediu sanitar, certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabile la data încheierii contractului, copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor, copie a actului de identitate pentru medici și personalul mediu sanitar, programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru, programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar angajat; lista,pe suport de hârtie și în format electronic, cu persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale pentru medicii nou veniți și numai în format electronic pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent precum și declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei/listelor la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punct de vedere al conformității și valabilității acesteia, lista bolnavilor cu afecțiunile cronice conform evidenței organizate la nivelul cabinetului.

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetele de servicii medicale de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.....

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr.

1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

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

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

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

.....

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2010.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.....

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista cuprinzând denumirea fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr...../2010;

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

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

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

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se va fi transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

h) să facă publice valorile definitive ale punctelor rezultate în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor alocate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor „per capita” și pe serviciu medical, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate precum și numărul total național de puncte realizate, atât per capita și pe serviciu medical - consultație, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

i) să țină evidența distinctă a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență; pentru asigurații care se află în evidența Casei Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și a Casei Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și care sunt înscriși pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, confirmarea calității de asigurat se face de Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât și în format electronic. Pentru persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care se află în evidența caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și care sunt înscriși pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, confirmarea dreptului de asigurare se face de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât și în format electronic;

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

k) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și

fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

l) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.....;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical - consultație în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr.....;

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

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

p) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

1. să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenție, curative, de urgență și de suport în limita competenței profesionale;

2. să actualizeze lista proprie cuprinzând persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate - această actualizare nu se referă la calitatea de asigurat; să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;;

3. să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris,;

4. să înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie la prima consultație, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora

5. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților, aparținătorilor legali;

6. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; pentru asigurații incluși în Programul național cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați prin actele normative în vigoare;

7. să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua

actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă;

8. să solicite asiguraților, la înscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat conform prevederilor legale în vigoare;

9. să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu.

Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu sau la externarea din spital, precum și medicul de medicina muncii, este obligat să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, al cărui model este stabilit prin norme.

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

10. să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

11. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare ;

12. să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr.46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

13. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

14. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, atât pe suport hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în mod distinct pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene / Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și din

alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate,

15. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

16. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

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

18. să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a Municipiului București, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul contract; avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

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

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

21. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

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

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

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

25. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.....;

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

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

28. să asigure acordarea asistenței medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

29. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

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

31. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

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

33. să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

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

35. să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr.... și să raporteze această evidență la casa de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici.

36. în cazul încetării/rezilierii contractului/convenției, respectiv al excluderii medicului/ medicilor din contractul/convenția încheiat cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să predea către casele de asigurări de sănătate, pe bază de proces verbal, următoarele documente medicale: registrul de consultații în uz și fișele medicale în uz referitoare la persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data încetării/rezilierii sau excluderii din contract/convenție. Procesul verbal de predare-preluare a documentelor medicale se aduce la cunoștința comisiei constituită conform prevederilor legale în vigoare. Excepție fac situațiile în care titularul cabinetului a decedat, caz în care termenul maxim este de 15 zile calendaristice.

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

38. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație și conform unui buget orientativ, în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr.....

39. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul.

VI. Modalități de plată

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

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

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

1.2. Medic nou-venit în localitate, în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.:

DA/NU

1.3. Medic nou-venit în localitate, în condițiile prevederilor art. 30 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr., care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale încheiată pe o perioadă de 3 luni:

DA/NU

Perioada de plată în condițiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.: de la până la

1.4. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata „per capita” este unică pe țară, este valabilă pentru un an și este în valoare de 4,5 lei.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau lit. c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr., se ajustează în raport:

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

b) cu gradul profesional:

- medic primar%

- medic care nu a promovat un examen de specialitate%

2). În situația în care numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

a) numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane din listă și structura pe grupe de vârstă se înmulțește cu raportul dintre 2.200 și numărul de înscriși pe listă, astfel:

$$\begin{aligned} \text{Nr. puncte per capita de decontat} &= \\ &= \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane înscrise}} \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned} \text{Nr. puncte per capita de decontat} &= \\ &= \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane înscrise}} \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned} \text{Nr. puncte per capita de decontat} &= \\ &= \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr înscriși} - 2.200)}{\text{Număr persoane înscrise}} \times 0,5 \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned} \text{Nr. puncte per capita de decontat} &= \\ &= \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane înscrise}} \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned} \text{Nr. puncte per capita de decontat} &= \\ &= \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(4.000 - 2.200)}{\text{Număr persoane înscrise}} \times 0,5 \end{aligned}$$

d) În situația în care cabinetul medical se află într-o zonă/localitate cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie și pentru care se face dovada demersurilor repetate, întreprinse în vederea atragerii de personal calificat (medici de familie), numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\begin{aligned} \text{Nr. puncte per capita de decontat} &= \\ &= \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane înscrise}} \end{aligned}$$

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

Nr. puncte per capita de decontat =

$$= \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr înscriși} - 2.200)}{\text{Număr persoane înscrise}} \times 0,5$$

2. Plata prin tarif pe serviciu medical - consultație, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art.1 alin.(3) lit.c) din anexa nr.2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

2.1. Plata pe serviciu medical – consultație pentru serviciile enunțate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical - consultație este unică pe țară, este valabilă pentru un an și este în valoare de 0,9 lei.

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

a) Medic de familie

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafă al medicului

Program de lucru

Medic de familie angajat*)

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafă al medicului

Program de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical

Nume Prenume

Cod numeric personal

2.

.....

b) Medic de familie

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafă al medicului
Program de lucru
Medic de familie angajat*)
Nume Prenume
Cod numeric personal
Grad profesional
Codul de parafă al medicului
Program de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical

Nume Prenume

Cod numeric personal

2.

.....

c)

.....

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

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

(3) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", respectiv suma stabilită conform art. 30 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr..... se diminuează în cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, precum și prescrieri nejustificate de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului, inclusiv fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art.7 pct. 9 pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(4) În cazul în care, în derularea contractului, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 27, 32, 35, 37 se diminuează valoarea minimă garantată a punctului per capita, respectiv suma stabilită conform art. 30 din Contractul-cadru pentru anul 2010, în cazul medicilor nou-

veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

(5) Reținerea sumei conform prevederilor alin. (3) și alin. (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin (3) și alin. (4) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

VII. Calitatea serviciilor

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

VIII. Răspunderea contractuală

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

IX. Clauză specială

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

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

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

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

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

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

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

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

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

f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. 10,11, 13,19, 21, 25, 26, 28, 29, 31, 39 precum și constatarea în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform prezentului contract în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

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

h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 6, 8, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 27, 32

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7, pct. 7 și 30 din prezentul contract;

j) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 9 alin.(3) și (4) pentru fiecare situație

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

ART. 14 Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

d) acordul de voință al părților;

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

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

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

h) în cazul în care numărul persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise la un medic de familie scade timp de 6 luni consecutiv cu mai mult de 20% din numărul minim stabilit pe localitate/zona de către comisia constituită conform art. 22 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr....., pentru situațiile în care se justifică această decizie.

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a) încetarea valabilității autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar respectiv a dovezii de evaluare cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia / acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia / acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului.

ART. 16 Situațiile prevăzute la art. 13 și la art. 14 lit. b), c), f), g), h) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute la art. 14 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 17 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

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

XII. Modificarea contractului

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

ART. 19 Valorile definitive ale punctului "per capita" și pe serviciu – consultație sunt cele calculate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu sunt elemente de negociere între părți.

ART. 20 (1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

(2) Dacă încetează valabilitatea autorizației sanitare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 22 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Președinte - director general,

Reprezentant legal,

.....

.....

Director executiv al
Direcției economice,

.....

Director executiv al
Direcției relații contractuale,

.....

Vizat
Juridic, contencios

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografiile generale (abdomen și pelvis) efectuate de medicii de familie. Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

ANEXA 4
- model -

Vizat
Casa de Asigurări de Sănătate

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

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

I. Părțile convenției de înlocuire:

Dr.
(numele și prenumele)

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

Medicul înlocuit,
(numele și prenumele)

și

Medic înlocuitor,
(numele și prenumele)

Codul de parafă.....

Codul numeric personal.....

œ Licența de înlocuire temporara ca medic de familie nr.

II. Obiectul convenției

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

III. Motivele absenței

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

IV. Locul de desfășurare a activității

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

V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

având codul numeric personal nr.

și

Medic înlocuitor,
(numele și prenumele)

Codul de parafă.....

Codul numeric personal.....

Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr.

II. Obiectul convenției

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

III. Motivele absenței:

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

IV. Locul de desfășurare a activității

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

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

V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

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

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultații al cabinetului în care își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Veniturile "per capita" și pe serviciu-consultatie aferente perioadei de absență se virează de casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr., deschis la Banca
2. Pentru punctajul "per capita" se va lua în calcul gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției.
3. Termenul de plată
4. Documentul de plată

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,

Medicul înlocuitor,

.....
Director executiv al Direcției economice

De acord,

.....

Reprezentant legal al
cabinetului medical**)

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

Vizat
Juridic, contencios

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

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

ANEXA 6

CONVENȚIE DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

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

și

Unitatea sanitară de asistență medicală primară, cu sau fără
punct de lucru secundar, reprezentată prin, cu
certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr. sau
actul de înființare sau organizare, în concordanță cu tipurile de activități pe care
solicita **sa le contracteze**, după caz, nr. (furnizorii organizați conform
O.G. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu
modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la
contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale
indiferent de forma lor de înființare și organizare), autorizație sanitară de funcționare
pentru cabinet nr. /raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate
publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de
lege, autorizație sanitară de funcționare pentru punctul de lucru secundar
nr., având sediul cabinetului medical în
municipiul/orașul/comuna, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ...,
ap. ..., județul/sectorul, telefon, și sediul punctului de lucru
secundar în comuna, str. nr. ..., telefon: **fix /
mobil....., adresă de e-mail**, cont nr. deschis la Trezoreria
Statului sau cont nr. deschis la Banca, cod numeric
personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal **cod de
înregistrare fiscală** - cod unic de înregistrare, dovada
asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru
personalul medico-sanitar angajat, dovada de evaluare a unității sanitare nr.,
valabilă la data încheierii convenției, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată

perioada derulării convenției, dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr., dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații efectuată conform prevederilor legale în vigoare, cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr...., certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic și autorizația de liberă practică pentru personalul mediu sanitar, certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului, copie de pe dovada gradului profesional pentru medici, copie de pe actul doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor, copie de pe actul de identitate al reprezentantului legal, al medicilor și asistenților medicali, programul de activitate (pentru medici, personal medico-sanitar, cabinet, punct de lucru, după caz).

II. Obiectul convenției

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr..... și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetele de servicii **medicale** prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

IV. Durata convenției

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

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

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

b) să deconteze medicilor de familie nou veniți, la termenele prevăzute în convenție, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, venitul, conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.....

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate

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

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de încheiere a convențiilor și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

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

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

i) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

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

k) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 5 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

1. să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenție, curative, de urgență și de suport în limita competenței profesionale;

2. să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris;

3. să înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie la prima consultație, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora;

4. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților, aparținătorilor legali;

5. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; pentru asigurații incluși în programul național cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați prin actele normative în vigoare;

6. să solicite asiguraților la înscrierea pe lista proprie documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, conform prevederilor legale în vigoare;

7. să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu.

Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu sau la externarea din spital, precum și medicul de medicina muncii, este obligat să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, al cărui model este stabilit prin norme.

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

8. să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

9. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

10. să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr.46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

11. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

12. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

13. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

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

15. să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a Municipiului București, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezenta convenții; avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării convenției;

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

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

18. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, în limita competenței, ori de câte ori se solicită, în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

19. să asigure acordarea de servicii medicale asiguraților fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

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

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

22. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr....

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

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

25. să asigure acordarea asistenței medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, și în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

26. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

27. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în mod distinct pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, pentru cetățenii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarii ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul

comunității și pentru beneficiari ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României;

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

29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

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

31. să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

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

33. să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr.... și să raporteze această evidență la casa de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici.

34. în cazul încetării/rezilierii convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să predea către casele de asigurări de sănătate, pe bază de proces verbal, următoarele documente medicale: registrul de consultații în uz și fișele medicale în uz referitoare la persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data încetării/rezilierii sau excluderii din convenție. Procesul verbal de predare-preluare a documentelor medicale se aduce la cunoștința comisiei constituită conform prevederilor legale în vigoare. Excepție fac situațiile în care titularul cabinetului a decedat, caz în care termenul maxim este de 15 zile calendaristice.

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

36. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație și conform unui buget orientativ, în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr.....

37. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul

VI. Modalități de plată

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

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

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut de medic, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr ...

b) o sumă necesară pentru cheltuieli de administrare și funcționare a cabinetului medical, stabilită potrivit normelor.

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

a) Medic de familie nou-venit

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafă a medicului

Program de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit lei

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

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

Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit lei, plătit la data depe baza facturii și a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de.....

b) Medic de familie nou-venit

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafă a medicului

Program de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit lei

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

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

Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit lei, plătit la data depe baza facturii și a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de.....

c)

Art 7 (1) Suma stabilită conform art. 30 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr..... se diminuează în cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract precum și prescrieri nejustificate de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului, inclusiv fără aprobarea comisiilor de la

nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art.5 pct.-7 pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care, în derularea convenției, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 24, 30, 33, 35 se diminuează suma stabilită conform art. 30 din Contractul-cadru pentru anul 2010, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) Reținerea sumei conform prevederilor alin. (1) și alin. (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei conform prevederilor alin (1) și alin. (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

VII. Calitatea serviciilor

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

VIII. Răspunderea contractuală

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

IX. Clauză specială

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

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

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

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea convenției

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

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

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

e) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 5 pct. 8, 9, 11, 16, 18, 22, 23, 25, 26, 29, 37 precum și constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform convenției acestora nu au fost efectuate;-

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

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 pct. 5, 6, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 24, 30

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 5, pct. 28 din prezenta convenție;

i) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 7 alin.(1) și (2) pentru fiecare situație;

j) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform convenției încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

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

ART. 12. Convenția încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu

30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

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

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

ART. 13 Convenția se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

a) încetarea valabilității autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar respectiv a dovezii de evaluare cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia / acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia / acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în convenție, care se află în situația descrisă anterior.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului.

ART. 14 Situațiile prevăzute la art. 11 și la art. 12 lit. b), c), f), g), se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 12 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

XI. Corespondența

ART. 15 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

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

XII. Modificarea convenției

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

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

Dacă încetează valabilitatea autorizației sanitare/documentului similar pe durata prezentei convenții, toate celelalte prevederi ale convenției nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a convenției.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 18 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezenta convenție vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj, sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

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

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

Director executiv al Direcției economice,
.....

Director executiv al Direcției
relații contractuale
.....

Vizat
Juridic, contencios

ANEXA 7

**PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice,
de medicină dentară și de recuperare-reabilitare a sănătății**

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

A. Pachetul minimal de servicii medicale-

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

b) Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament).

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

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

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

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

a) Serviciile cuprinse la Punctul A „Pachetul minimal de servicii medicale”.

b) Servicii medicale curative:

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

Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează trei consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an.

C. Pachetul de servicii medicale de bază

1. Consultația medicală de specialitate

Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală (contract sau convenție) cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare cazurile de urgență medico-chirurgicală și consultațiile pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, respectiv cele din anexa nr. 39a, serviciile de medicină dentară, precum și serviciile de acupunctura, homeopatie, fitoterapie și planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a acestuia, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE 1408/1971, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății nu se solicită bilet de trimitere decât pentru consultațiile și serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua și a treia consultație în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

Biletul de trimitere este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în trei exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și două exemplare sunt înmânate asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice păstrează un exemplar și

depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității.

Consultația medicală de specialitate cuprinde:

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

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare,

- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienodietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice.

Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum trei consultații pentru un episod de boală acută, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultații pentru cazurile cu diagnostic deja confirmat, la externare sau pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu.

Consultația pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu, se acordă:

- pentru efectuarea unor manevre terapeutice sau administrarea unor tratamente stabilite de medic cu ocazia consultațiilor acordate pacientului pentru stabilirea diagnosticului, atunci când este necesară prezentarea repetată a pacientului la cabinet,

- la externare, inclusiv după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, manevre chirurgicale minore și scoaterea firelor, scoaterea ghipsului,

- pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 și respectiv în anexa nr. 39a la ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu, conform programării.

Medicul de specialitate are obligația de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit, la un interval de 3 - 6 luni, după caz.

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

Stabilirea numărului de puncte pe consultație:

		Număr puncte
a.	Consultația copilului cu vârsta cuprinsă între 0 – 3 ani,	15 puncte
b.	Consultația de psihiatrie și neuropsihiatrie infantilă a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 – 3 ani	24 puncte
c.	Consultația peste vârsta de 4 ani,	10 puncte
d.	Consultația de psihiatrie și neuropsihiatrie infantilă peste vârsta de 4 ani	17 puncte
e.	Consultație fitoterapie, homeopatie, planificare familială	10 puncte

Incadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta, se realizează la împlinirea vârstei (ex: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa peste 4 ani).

2. Monitorizarea stării de sănătate și a tratamentului pentru bolnavii cu afecțiuni cronice.

Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, acesta va

organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Evidența și monitorizarea acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare;
- raportarea lunară a modificărilor intervenite / mișcarea lunară / intrări/ieșiri
- examen periodic conform programării - control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare în limita competențelor și la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare, pentru care medicul de specialitate organizează evidența și raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate.

NOTĂ: Pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, casa de asigurări de sănătate decontează o consultație - control/evaluare periodică – epicriză de etapă la 3 luni, pentru fiecare caz.

3. Specialitățile clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic:

1. Alergologie și imunologie clinică
2. Boli infecțioase
3. Cardiologie
4. Chirurgie cardiovasculară
5. Chirurgie generală
6. Chirurgie pediatrică
7. Chirurgie plastica și microchirurgie reconstructivă
8. Chirurgie toracică
9. Dermatovenerologie
10. Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
11. Endocrinologie
12. Gastroenterologie
13. Genetică medicală
14. Geriatrie și gerontologie
15. Hematologie
16. Medicină internă;
17. Nefrologie
18. Neonatologie
19. Neurochirurgie
20. Neurologie
21. Neurologie pediatrică
22. Oncologie medicală
23. Obstetrică-ginecologie
24. Oftalmologie
25. Otorinolaringologie
26. Ortopedie și traumatologie
27. Ortopedie pediatrică
28. Pediatrie
29. Pneumologie
30. Psihiatrie
31. Psihiatrie pediatrică
32. Reumatologie
33. Urologie

4. Competențele/atestatele de studii complementare în baza cărora se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor Contractului-cadru și normelor, sunt:

- a) planificare familială,
- b) fitoterapie,
- c) homeopatie,

Pentru planificare familială, fitoterapie, homeopatie, tariful consultațiilor corespunzător punctajului prevăzut la punctul 1.

5. În baza competenței/atestatului de studii complementare în acupunctură se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic. Asigurații au dreptul la o consultație cu un tarif de 9 lei corespunzător pentru fiecare cură de tratament. Asigurații, au dreptul la maximum 2 consultații / cure pe an, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale.

O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament și în medie 4 proceduri/zi. Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 140 lei.

6. Servicii conexe actului medical – pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate cu următoarele specialități clinice:

- neurologie și neurologie pediatrică;
- otorinolaringologie;
- psihiatrie, psihiatrie pediatrică;

pentru servicii conexe furnizate de psihologi, logopezi și kinetoterapeuți

Lista serviciilor conexe și tarifele aferente acestora sunt:

a) Neurologie și Neurologie pediatrică

a1) serviciile conexe furnizate de psiholog:

Consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea neurologie pediatrică sau psihiatrie pediatrică)	25,50 lei
Psihodiagnostic	25,50 lei

a2) serviciile conexe furnizate de logoped:

- consultație logopedie	15,30 lei
-------------------------	-----------

b) Otorinolaringologie:

b1) serviciile conexe furnizate de psiholog:

investigarea psihoacustică a vocii	8,50 lei
psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene	12,75 lei

b2) serviciile conexe furnizate de logoped:

consultație	15,30 lei
exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință)	12,75 lei

c) Psihiatrie, inclusiv pediatrică:

c1) serviciile conexe furnizate de psiholog:

consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea neuropsihiatrie infantilă)	25,50 lei
psihodiagnostic	25,50 lei

c2) serviciile conexe furnizate de logoped

consultație	15,30 lei
-------------	-----------

NOTĂ 1: Medicii de specialitate din specialitățile clinice pot efectua ecografiile cuprinse la cap. II pct. 1 ca o consecință a actului medical propriu, pentru asigurații

pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate, inclusiv de la medicul de familie, în limita competenței și a dotărilor necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa 11.

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

NOTĂ 2: În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale – consultații aferente specialităților respective, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități.

NOTA 3: Medicii de specialitate din specialitățile cardiologie și medicină internă pot efectua serviciul monitorizare și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice ca o consecință a actului medical propriu, pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua această investigație în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate cardiologie și/sau medicină internă și dacă în cabinetul medical respectiv există aparatura medicală necesară. Pentru efectuarea acestui serviciu, furnizorii de servicii medicale din specialitățile cardiologie și medicină internă încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

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

Nr. crt.	Cod							Denumirea analizei	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
- Hematologie									
1	2	.	8	0	7	0	Hemoleucograma completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, numărătoare reticulocite, formula leucocitară, indici eritrocitari*1)	13,06	
3	2	.	8	0	3	0	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	17,35	
4	2	.	8	1	0	0	VSH*1)	2,45	
7	2	.	8	6	2	1	Timp Quick, activitate de protrombină*1)	6,73	
8	2	.	8	6	0	3	INR*1) (International Normalised Ratio)	7,95	
9	2	.	8	6	2	2	APTT	11,46	
10	2	.	8	2	1	1	Determinare grup sanguin ABO (la gravidă*1))	7,03	

11	2	.	8	2	1	2	Determinare grup sanguin Rh (la gravidă*1)	7,34
12	2	.	8	2	3	0	Anticorpi specifici anti Rh (la gravidă*1)	7,03
- Biochimie								
13	2	.	1	1	2	0	Uree serică*1)	5,46
14	2	.	1	1	3	0	Acid uric seric*1)	5,46
15	2	.	1	1	4	0	Creatinină serică*1)**)	5,52
16	2	.	1	5	1	0	Calciu ionic seric*1)	7,34
17	2	.	1	5	1	1	Calciu seric total*1)	5,00
18	2	.	1	5	7	0	Magneziemie*1)	5,00
19	2	.	8	3	9	0	Sideremie*1)	6,62
20	2	.	1	3	1	0	Glicemie*1)	5,35
21	2	.	1	4	2	0	Colesterol seric total*1)	5,35
22	2	.	1	4	0	4	Trigliceride serice*1)	6,56
23	2	.	1	4	4	1	HDL colesterol*1)	7,63
24	2	.	1	4	4	3	LDL*1)	7,17
26	2	.	1	0	2	0	Proteine totale serice*1)	6,56
27	2	.	4	6	0	0	TGO*1)	5,43
28	2	.	4	6	1	0	TGP*1)	5,46
29	2	.	4	7	2	0	Fosfatază alcalină*1)	7,26
30	2	.	3	2	1	0	Fibrinogenemie*1)	12,75
31	2	.	4	6	8	0	Gama GT	7,45
33	2	.	1	0	1	5	Bilirubină totală*1)	5,46
34	2	.	1	0	1	6	Bilirubină directă*1)	5,46
35	2	.	4	9	6	1	Electroforeza proteinelor serice*1)	14,16
37	2	.	6	0	2	1	VDRL*1)	5,12
38	2	.	6	0	2	2	RPR*1)	5,11
39	2	.	6	0	2	3	Confirmare TPHA*1), *4)	11,45
40 bis		2	.	1	0	2	6 Hemoglobina glicozilata*5)	21,06
- Imunologie								
42	2	.	6	2	5	0	ASLO*1)	10,70
43	2	.	6	6	9	2	Factor reumatoid	8,70
44	2	.	6	6	9	1	Proteina C reactivă*1)	9,94
45	2	.	6	7	3	1	IgA, seric	13,76
46	2	.	6	7	3	2	IgE seric	13,32
47	2	.	6	7	3	3	IgM seric	14,07
48	2	.	6	7	3	4	IgG seric	13,76
51	2	4	3	0	0	1	1 Complement seric C3	10,10
52	2	4	3	0	0	1	2 Complement seric C4	10,10

54	2	.	6	2	0	6	Depistare Helicobacter Pylori	20,12
55	2	.	5	5	6	0	Testare HIV (la gravidă*1))	31,02
56	2	.	4	0	6	0	TSH	19,10
57	2	.	4	0	4	0	FT4	19,41
59	2	.	6	3	9	2	Ag HBs (screening)*2)	29,03
60	2	.	6	2	0	1	Anti-HAV IgM*2)	38,19
63	2	.	6	2	0	4	Anti HCV*2)	60,48
64	2	.	4	3	2	1	FSH	22,20
65	2	.	4	3	2	2	LH	22,20
66	2	.	4	3	2	3	Estradiol	22,20
67	2	.	4	3	0	0	Cortizol	25,97
68	2	.	4	3	3	2	Progesteron	23,59
69	2	.	4	3	3	1	Prolactină	23,59
- Exudat faringian								
70	2	.	5	0	6	1	Cultură*1, (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,44
- Analize de urină								
77	2	.	3	4	5	0	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1)	8,70
79	2	.	5	0	6	3	Urocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,44
80	2	.	2	2	0	0	Dozare glucoză urinară*1)	5,00
81	2	.	2	0	3	0	Dozare proteine urinare*1)	5,00
- Examele materii fecale								
82	2	.	7	1	2	0	Examen coproparazitologic (3 probe)*1)	11,61
83	2	.	5	0	6	4	Coprocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	21,17
- Examele din secreții vaginale								
84	2	.	5	0	0	2	Examen microscopic	4,50
86	2	.	9	1	6	0	Examen Babeș-Papanicolau*1)	36,67
87	2	.	5	0	6	5	Cultură, (inclusiv antibiograma sau fungigrama pentru culturi pozitive)	15,44
- Examele din secreții uretrale, otice, nazale, conjunctivale și puroi								
89	2	.	5	0	3	2	Examen microscopic	4,50
90	2	.	5	0	6	6	Cultură, cultură germeni anaerobi (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,44
- Examen lichid puncție								
92	2	.	5	0	3	3	Examen microscopic/frotiu	4,50

							Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,44
- Examen sudoare								
- Examinări histopatologice								
96	2	.	9	0	0	0	Piesă prelucrată la parafină	28,57
97	2	.	9	0	2	1	Bloc inclus la parafină cu diagnostic histopatologic	37,58
98	2	.	9	0	2	0	Diagnostic histopatologic pe lamă	16,96
99	2	.	9	0	1	0	Examen histopatologic cu colorații speciale	115,80
100	2	.	9	0	2	2	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină	30,50
101	2	.	9	0	2	3	Citodiagnostic secreție vaginală	30,50
102	2	.	9	0	2	4	Examen citohormonal	28,27
103	2	.	9	0	2	5	Citodiagnostic lichid de puncție	30,50
104	2	.	9	0	3	0	Teste imunohistochimice*)	88,52/set
- Examinări radiologice								
105							Radiografie craniană standard în 2 planuri*1)	11,96
106							Radiografie craniană în proiecție specială*1)	16,22
107							Ex. radiologic părți ale scheletului în 2 planuri*1)	15,41
108							Ex. radiologic torace osos sau părți ale lui în mai multe planuri*1)	19,20
109							Ex. radiologic centură scapulară sau pelvină fără substanță de contrast*1)	15,90
110							Ex. radiologic părți ale coloanei vertebrale, mai puțin coloana cervicală*1)	19,51
111							Ex. radiologic alte articulații fără substanță de contrast sau funcționale cu TV*1)	14,59
112							Ex. radiologic coloana vertebrală completă, mai puțin coloana cervicală*1)	32,63
113							Ex. radiologic coloana cervicală în cel puțin 3 planuri*1)	28,69
114							Ex. radiologic torace ansamblu inclusiv ex. Rx.-scopic (eventual cu bol opac)*1)	25,08
115							Ex. radiologic organe ale gâtului sau ale planșeului bucal*1)	17,09
116							Ex. radiologic torace și organe ale toracelui*1)	24,76
117							Ex. radiologic de vizualizare generală a abdomenului nativ în cel puțin 2 planuri*1)	15,41
118							Ex. radiologic esofag ca	

					serviciu independent, inclusiv radioscopie	20,67
119					Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast nonionică*1)	46,91
120					Ex. radiologic tract digestiv cu întinderea examinării până la regiunea ileo-cecală, inclusiv substanța de contrast	71,50
121					Ex. radiologic colon în dublu contrast sau intestin subțire pe sonda duodenală	82,82
122					Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvinaginare	44,76
123					Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast nonionică	188,99
124					Examen radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast nonionică	188,99
125					Cistografie de reflux cu substanță de contrast nonionică	237,95
126					Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast nonionică	191,05
127					Pielografie	229,57
128					Ex. radiologic cu substanță de contrast nonionică a uterului și oviductului	259,73
129					Mamografie în 2 planuri*1)/ pentru un sân	27,56
130					Sialografia, galactografia, sinusuri cu contrast, fistulografia cu substanță de contrast nonionică	188,85
131					Flebografia de extremități	208,10
132					Tomografia plană	52,15
133					Angiografia carotidiană	262,05
134					Angiografia RM trunchiuri supraaortice	201,95
135					Angiografia RM artere renale sau aorta	201,95
136					P.E.G.	16,39
137					CT craniu nativ și cu substanță de contrast nonionică	258,61
138					CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast nonionică	258,29
139					CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast nonionică	280,42
140					CT abdomen nativ și cu substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	265,37
141					CT pelvis nativ și cu substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	265,65
142					CT coloană vertebrală nativ și cu substanță de contrast	

					nonionică/segment	263,21
143					CT membre cu substanță nativ și de contrast nonionică/segment	264,51
144					Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	31,48
145					Ecografie abdomen*1)	17,38
146					Ecografie pelvis*1)	16,76
147					Radioscopie cardiopulmonară*1)	16,56
148					Radiografie retroalveolară	7,03
149					Radiografie panoramică	25,08
150					CT craniu fără substanță de contrast nonionică	87,72
151					CT regiune gât fără substanță de contrast nonionică	87,24
152					CT regiune toracică fără substanță de contrast nonionică	112,49
153					CT abdomen fără substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	113,33
154					CT pelvis fără substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	88,38
155					CT coloană vertebrală fără substanță de contrast nonionică/segment	47,06
156					CT membre/segment fără substanță de contrast	41,01
157					Radiografie de membre*1)	14,76
158					EKG*1)	21,37
159					Spirometrie*1)	10,65
160					Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	14,43
161					Oscilometrie*1)	5,42
162					EEG	22,63
163					Electromiografie	17,39
164					Peak-flowmetrie	2,63
165					Endoscopie gastro-duodenală*1)	23,77
166					Ecocardiografie M + 2 D	27,38
167					Ecocardiografie + Doppler	34,44
168					Ecocardiografie + Doppler color	36,25
169					Ecografie de vase (vene)	16,39
170					Ecografie de vase (artere)	19,69
171					Ecocardiografie	17,38
172					Ecografie endocrină	16,39
173					Senologie imagistică - ecografie	16,39
174					Ecografie fetală	22,57
175					Ecografie transfontanelară	22,57
176					Scintigrafia: osoasă, renală,	

					hepatică, tiroidiană, a căilor biliare, cardiacă	295,13
177					RMN cranio-cerebral nativ	300,93
178					RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică etc.) nativ	300,93
179					RMN abdominal nativ	300,93
180					RMN pelvin nativ	300,93
181					RMN extremități nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	300,93
182					RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu subst. contrast	471,46
183					RMN umăr nativ	300,93
184					RMN umăr nativ și cu subst. de contrast	471,46
185					RMN sâni nativ	300,93
186					RMN sâni nativ și cu subst. de contrast	471,46
187					RMN cranio-cerebral nativ și cu contrast	471,46
188					RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracală etc.) nativ și cu substanță de contrast	471,46
189					RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast	471,46
190					RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast	471,46
191					Osteodensitometrie segmentară	24,00
192					Osteodensitometrie Wholebody	85,00
193					Ergometrie	24,12
194					Electrocardiografie continuă (24 de ore, Holter)	46,83
195					Holter TA	21,09
196					Ecocardiografie transesofagiană	60,13
197					Monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice	180,00
198					Ecografie de organ	16,39
199					Angiografie CT periferie	250,00
200					Angiografie CT craniu	250,00
201					Angiografie CT regiune cervicală	250,00
202					Angiografie CT abdomen	250,00
203					Angiografie CT pelvis	250,00
204					Angiocoronarografie CT	500,00
205					Colonoscopie virtuală CT	250,00
206					Bronhoscopie virtuală CT	200,00
207					CT ureche internă	200,00
208					Uro CT	250,00

209						RMN cord cu substanță de contrast	471,46
210						Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis etc.)	400,00
211						Uro RMN cu substanță de contrast	625,00
212						Ecografie morfologică fetală (pentru gravide 20 - 23 săptămâni)	250,00
213						Ecografie pentru translucența nucală (pentru gravide 11 - 13,6 săptămâni)	60,13

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

***) La fiecare determinare a creatininei serice (sCr) se raportează Registrului Renal Român:

- metoda de determinare a creatininei;
- filtrantul glomerular (eFG), folosindu-se formula:

$$- 1,154 \quad - 0,203$$

$$eFG = 186 \times sCr \quad \times \text{vârsta (ani)} \quad \times 0,742 \text{ (femei)}$$

eFG = filtrat glomerular estimat;

sCr = concentrația creatininei serice.

****) se introduce la categoria – investigații imunologice: investigația PSA – cod 243135 – tarif – 21,50 lei și free PSA – cod – 243136 – tarif – 22,00 lei.

NOTA 1:

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

*2) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate și de medicii de familie pentru contactii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.

*3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie;

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

*5) Se recomandă numai de medicul de specialitate diabet, nutriție și boli metabolice, și se decontează de cel mult de două ori pe an pentru un asigurat cu diabet zaharat.

NOTA 2: Filmele radiologice și substanțele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA 3: Indicația de utilizare a substanței de contrast aparține medicului de specialitate radiologie și imagistică medicală care va confirma utilizarea substanței de contrast prin aplicarea parafei și semnăturii pe fișa de solicitare.

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

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

NOTA 4: Pentru medicii cu specialități medicale clinice, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice sau pentru care se încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale spitalicești pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalelor sau în cabinetele medicale de specialitate care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

a) Serviciile prevăzute la pozițiile: 166 - 170 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: cardiologie, medicină internă, neurologie, pediatrie, geriatrie și gerontologie cu competențe/supraspecializări/atestate de studii complementare corespunzătoare specialității;

b) Serviciile prevăzute la poziția 172 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, medicină internă cu competențe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

c) Serviciile prevăzute la poziția 171 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: cardiologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, pediatrie cu competențe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecocardiografie;

d) Serviciile prevăzute la poziția 174 se decontează numai pentru medicii din specialitatea genetică medicală cu competențe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

e) Serviciile prevăzute la poziția 175 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;

f) Serviciile prevăzute la poziția 146 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice, precum și de medici cu specialitatea urologie.

g) Serviciile prevăzute la poziția 173 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie.

h) Serviciile prevăzute la poziția 198 (ecografie de organ) se decontează numai pentru medicii din specialitățile: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase cu competențe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

i) serviciile prevăzute la pozițiile 212 și 213 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală;
NOTA 5:

1. Pentru serviciile prevăzute la pozițiile: 106, 107, 110, 111, 129, 142, 148, 155, 156, 157, 178, 181, 182, 188 tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic; în cazul explorării mai multor segmente, se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;

2. În cazul investigațiilor CT și RMN prevăzute în tabelul de la pct. 1, efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 – 8 ani care necesită efectuarea anesteziei generale și implicit prezența unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora (prevăzute în tabelul de la punctul 1) se vor majora cu 10%. Pentru investigațiile CT și RMN prevăzute la pozițiile: 142, 155, 156, 178, 181, 182, 188 la care tariful aferent prevăzut în tabelul de la pct. 1 se referă la explorarea unui singur segment anatomic, în cazul examinării simultane a două sau mai multe segmente anatomice, casele de asigurări de sănătate vor deconta majorarea de 10% aplicată numai la tariful pentru un singur segment, indiferent de câte segmente anatomice se examinează simultan.

NOTA 6: Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se decontează numai pe bază de recomandare medicală asiguraților în următoarele condiții:

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

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și a fișelor de solicitare, potrivit modelelor prevăzute în anexa nr. 18 la ordin, care se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat

contract. La fișa de solicitare se atașează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Pentru efectuarea investigațiilor CT și RMN prevăzute la pct. 2 de la Nota 5 copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 – 8 ani, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor face dovada, la contractare, a spațiului și dotărilor necesare pentru perioada de pre și post anestezie, precum și dovada relației de muncă cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigații sunt decontate de casele de asigurări de sănătate numai dacă fișa de solicitare este însoțită de o copie a fișei de preanestezie pe care va fi aplicată parafa și semnătura medicului cu specialitatea ATI și care va avea același circuit ca și fișa de solicitare.

NOTA 7: Medicii de familie, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 144 - ecografie generală (abdomen + pelvis).

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de medicină dentară preventive și al tratamentelor de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară

1. Pachetul de servicii medicale de bază de medicină dentară preventive și al tratamentelor de medicină dentară

COD	ACTE TERAPEUTICE	Tarife - lei -	Suma decontată de CAS		
			Copii între 0 - 18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale
1.	Consultație				
1.1	Consultație primară, stabilirea diagnosticului și elaborarea planului de tratament*	11,57	100%		100%
1.2	Consultație secundară, diagnostic și plan de tratament complex	14,49	100%		100%
1.3	Model de studiu	11,57	100%		100%
1.4	Radiografie retroalveolară/ radiografie inclusiv filmul	7,03	100%	100%	100%
1.5	Radiografie panoramică inclusiv filmul	25,08	100%	100%	100%
2.	Terapia cariei simple				
2.1	Tratamentul cariilor pe 1 suprafață prin obturație cu amalgam	14,49	100%		100%
2.2	Tratamentul cariilor pe 2 suprafețe prin obturații cu amalgam	17,41	100%		100%
2.3	Tratamentul cariilor pe 3 suprafețe prin obturații cu amalgam	20,34	100%		100%
2.4	Tratamentul cariilor pe 1 suprafață	21,20	100%		100%

	prin obturație cu material compozit				
2.5	Tratamentul cariilor pe 2 suprafețe prin obturații cu material compozit	23,26	100%		100%
2.6	Tratamentul cariilor pe 3 suprafețe prin obturații cu material compozit	24,12	100%		100%
2.7	Aplicarea sistemelor de retenție extemporanee	5,84	100%		100%
2.8	Aplicarea sistemelor de retenție prefabricate (per stift)	11,57	100%		100%
2.9	Tratamentul hiperesteziei dentinare/dinte	4,76	100%		100%
	* Se efectuează o singură consultație pe an pentru un asigurat				
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare				
3.1	Pansament calmant	5,84	100%	100%	100%
3.2	Coafaj indirect	8,65	100%		100%
3.3	Coafaj direct	20,34	100%		100%
3.4	Pulpectomie vitală cu obturație canal la monoradiculari (include anestezia)	26,06	100%		100%
3.5	Pulpectomie vitală cu obturație canal la pluriradiculari (include anestezia)	28,99	100%		100%
3.6	Amputație vitală	20,34	100%		100%
3.7	Pulpectomie devitală cu obturație canal la pluriradiculari	26,06	100%		100%
3.8	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturație canal la monoradiculari	28,99	100%		100%
3.9	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturație canal la pluriradiculari	34,83	100%		100%
3.10	Dezobturarea canalelor radiculare - per canal	9,52	100%		100%
3.11	Îndepărtarea corpiilor străini din canale	14,49	100%		100%
4.	Tratamentul paradontitelor apicale				
4.1	Tratamentul paradontitei apicale acute prin drenaj endodontic	9,52	100%	100%	100%
4.2	Tratamentul paradontitei apicale acute prin drenaj endodontic + incizie mucoperiostală + osteotomie transmaxilară	21,20	100%	100%	100%
4.3	Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturație canal la monoradiculari	28,99	100%		100%
4.4	Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturație canal la pluriradiculari	36,67	100%		100%
4.5	Obturație la dinții devitali cu amalgam	28,99	100%		100%

4.6	Obturație la dinții devitali cu compozite	28,99	100%		100%
5.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului marginal				
5.1	Tratamentul abcesului parodontal	8,65	100%	100%	100%
5.2	Echilibrarea ocluzală prin șlefuire selectivă/ședință	11,57	100%		
5.3	Contenție provizorie prin ligaturi de sârmă	8,65	100%		100%
5.4	Chiuretaj în câmp închis/dinte	14,49	100%		100%
5.5	Tratamentul aftei bucale/ședință	5,84	100%		100%
5.6	Tratamentul gingivo-stomatitelor/ședință	8,65	100%	100%	100%
5.7	Detartraj manual supra și subgingival pe dinte	5,84	100%		100%
5.8	Detartraj mecanic supra și subgingival pe dinte	7,68	100%		100%
6.	Tratamente chirurgicale buco-dentare				
6.1	Anestezie locală de contact	2,92	100%		100%
6.2	Anestezie cu infiltrație	8,65	100%		100%
6.3	Extracție de dinți sau resturi de dinți monoradiculari (include anestezia)	21,20	100%	60%	100%
6.4	Extracție de dinți sau resturi de dinți pluriradiculari (include anestezia)	24,13	100%	60%	100%
6.5	Extracție alveoloplastică (include anestezia)	31,91	100%	60%	100%
6.6	Extracție cu alveolotomie (include anestezia)	35,70	100%	60%	100%
6.7	Extracție dinți temporari (include anestezia)	14,49	100%		100%
6.8	Extracție la hemofilici, diabetici sau handicapați (include anestezia)	37,75	100%	60%	100%
6.9	Chiuretaj alveolar*	4,76	100%		100%
6.10	Extracție dinți paradontotici (include anestezia)	17,41		60%	100%
6.11	Tratamentul hemoragiei/alveolitei postextracționale	9,52	100%	100%	100%
6.12	Tratamentul pericoronaritelor cu decapuşonare	14,49	100%	100%	100%
6.13	Tratamentul de urgență al plăgilor buco-maxilo-faciale	26,06	100%	100%	100%
6.14	Imobilizarea de urgență a luxațiilor dentare	26,06	100%	100%	100%
6.15	Imobilizarea de urgență a fracturilor maxilare	40,45	100%	100%	100%
6.16	Reducerea luxațiilor	14,49	100%	100%	100%

	temporomandibulare				
6.17	Control postoperator	7,68	100%	100%	100%
	* În situația în care se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate				
7.	Tratamente protetice				
7.1	Proteză acrilică parțială cu 1 - 7 dinți*	466,99		60%	100%
7.2	Proteză acrilică parțială cu peste 7 dinți*	544,93		60%	100%
7.3	Proteză acrilică totală*	622,71		60%	100%
7.4	Reparație simplă proteză acrilică	23,26		100%	100%
7.5	Reparație + 1 croset (pentru fiecare croset suplimentar se adaugă 3,11 lei)	23,26		100%	100%
7.6	Reparație + 1 dinte (pentru fiecare dinte suplimentar se adaugă 4,14 lei)	23,26		100%	100%
7.7	Individualizarea protezelor acrilice/ședință	5,84		100%	100%
7.8	Reconstituire corono-radiculară	44,40	100%	60%	100%
7.9	Coroană acrilică	49,99	100%	60%	100%
7.10	Coroană metalică	62,41	100%	60%	100%
7.11	Element intermediar	62,41	100%	60%	100%
	* Termenul de înlocuire a unei proteze monomaxilare este de 5 ani.				
8.	Tratamente ortodontice				
8.1	Deconținționarea obiceiurilor vicioase (sugere a degetului, deglutiție infantilă, respirație orală) prin plăcuță, vestibolo-orală și scut lingual	173,59	100%		100%
8.2*	Deconținționarea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul antrenajului invers prin inel/gutiere + bărbiță și capelină	259,68	100%		100%
8.3	Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ședință	9,52	100%		100%
8.4*	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale	289,43	100%		100%
8.5	Șlefuirea în scop ortodontic/dinte	8,65	100%		100%
8.6*	Reparație aparat ortodontic	23,26	100%	100%	100%
8.7	Menținătoare de spațiu mobile	231,56	100%		100%
8.8*	Activare aparat ortodontic/ședință	3,89	100%		100%
	Pentru pct. 8 "Tratamente				

	ortodontice", actele terapeutice notate (*) țin numai de competența medicilor de specialitate în ortodonție.				
9.	Activități profilactice				
9.1	Consultație în cadrul dispensarizării (include și: - educație pentru sănătate bucodentară - determinarea indicelui de placă bacteriană - determinarea indicilor de inflamație parodontală - educația pentru individualizarea tehnicilor de îndepărtare a plăcii bacteriene/ședință)	13,52	100%*		100%
9.2	Periaj dentar profesional/ședință	14,49	100%		100%
9.3	Clătiri bucale cu soluții fluorurate/ședință	11,25	100%		100%
9.4	Fluorizări locale cu soluții/arcadă*	9,52	100%		100%
9.5	Fluorizări locale cu lacuri/arcadă**	13,52	100%		100%
9.6	Fluorizări locale cu geluri în conformatoare/arcadă**	25,96	100%		100%
9.7	Sigilări ale șanțurilor și fosetelor cu glassionomeri/dinte***	14,49	100%		100%
9.8	Sigilări ale șanțurilor și fosetelor cu materiale compozite/dinte	23,26	100%		100%
9.9	Educație pentru deconținerea obiceiurilor vicioase/ședință	8,65	100%		100%
9.10	Exerciții de reeducare funcțională/ședință	9,52	100%		100%
9.11	Exerciții de miogimnastică/ședință	9,52	100%		100%
9.12	Tratament antiinflamator gingival fizioterapic	8,65	100%		100%
9.13	Control oncologic preventiv confirmat	28,99	100%	100%	100%

Pentru pct. 9 "Activități profilactice":

* o procedură decontată la 3 luni

** o procedură decontată la 6 luni

*** o procedură decontată la 2 ani

Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, serviciile medicale preventive de medicină dentară se acordă trimestrial, iar pentru tinerii în vârstă de 18 - 26 de ani, dacă sunt elevi, studenți și dacă nu realizează venituri din muncă, se acordă de două ori pe an.

NOTA 1: Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști, cu excepția celor de la pct. 8 "Tratamente ortodontice" menționate în notă.

NOTA 2: Codurile pentru serviciile medicale de urgență de medicină dentară sunt următoarele:

3.1, 4.1, 4.2

5.1, 5.6

6.11, 6.12, 6.13, 6.14, 6.15, 6.16

7.4, 7.5, 7.6, 8.6

NOTA 3: Competența pentru dentiști este pentru codurile:

1.1, 1.2, 1.3

2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 3.1, 3.2

4.5, 4.6, 5.7, 5.8

9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6, 9.7, 9.8

9.9, 9.10, 9.11

NOTA 4:

Formula dentară:

Dinți permanenți

11 incisiv medial dreapta sus

12 incisiv lateral dreapta sus

13 canin dreapta sus

14 primul premolar dreapta sus

15 al doilea premolar dreapta sus

16 primul molar dreapta sus

17 al doilea molar dreapta sus

18 al treilea molar dreapta sus

21 incisiv medial stânga sus

22 incisiv lateral stânga sus

23 canin stânga sus

24 primul premolar stânga sus

25 al doilea premolar stânga sus

26 primul molar stânga sus

27 al doilea molar stânga sus

28 al treilea molar stânga sus

31 incisiv medial stânga jos

32 incisiv lateral stânga jos

33 canin stânga jos

34 primul premolar stânga jos

35 al doilea premolar stânga jos

36 primul molar stânga jos

37 al doilea molar stânga jos

38 al treilea molar stânga jos

41 incisiv medial dreapta jos

42 incisiv lateral dreapta jos

43 canin dreapta jos

44 primul premolar dreapta jos

45 al doilea premolar dreapta jos

46 primul molar dreapta jos

47 al doilea molar dreapta jos

48 al treilea molar dreapta jos

Dinți temporari

51 - incisiv medial dreapta sus

52 - incisiv lateral dreapta sus

53 - canin dreapta sus

54 - premolar dreapta sus

55 - molar dreapta sus

61 - incisiv medial stânga sus

- 62 - incisiv lateral stânga sus
- 63 - canin stânga sus
- 64 - premolar stânga sus
- 65 - molar stânga sus
- 71 - incisiv medial stânga jos
- 72 - incisiv lateral stânga jos
- 73 - canin stânga jos
- 74 - premolar stânga jos
- 75 - molar stânga jos
- 81 - incisiv medial dreapta jos
- 82 - incisiv lateral dreapta jos
- 83 - canin dreapta jos
- 84 - premolar dreapta jos
- 85 - molar dreapta jos

NOTĂ: În cazul dinților supranumerari se indică codul dintelui cu specificația "supranumerar"

Dată fiind incidența dinților supranumerari se admit la raportare maximum doi dinți supranumerari/CNP.

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

Se acordă servicii medicale de urgență de medicină dentară prevăzute la NOTA 2 de la pct. 1.

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

a) se acordă serviciile medicale de urgență de medicină dentară prevăzute la NOTA 2 de la pct. 1;

b) pentru persoanele cu vârste cuprinse între 0 și 18 ani dintre categoriile de persoane din cadrul categoriilor prevăzute la art. 214 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare se acordă serviciile medicale de medicină dentară de la pct. 1.

CAPITOLUL IV Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea recuperare-reabilitare a sănătății

Pachetul de servicii medicale de bază

1. Consultația medicală de specialitate

Consultația medicală de specialitate, **se acordă în cabinetele medicale și** cuprinde:

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

- bilanțul articular anatomic și funcțional, bilanțul muscular, întocmirea planului de recuperare

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare,

- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice generale și specifice - terapii cu factori naturali terapeutici: apele minerale terapeutice, lacurile și nămolurile terapeutice, gazele terapeutice, ansamblul elementelor fizico/chimice ale climatului, inclusiv microclimatul de saline și peșteri, avizate de Ministerul Sănătății conform legislației în vigoare.

Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum trei consultații, pentru stabilirea diagnosticului și tratamentului.

Tariful pe consultație în specialitatea recuperare-reabilitare a sănătății este de 10 lei.

2. Servicii medicale – cura de tratament, de recuperare reabilitare acordate în cabinetele / bazele de tratament

Serviciile medicale pot fi recomandate de către medicii de specialitate și de către medicii de familie, în limita competențelor și se acordă conform schemei de tratament, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de către medicul de recuperare-reabilitare a sănătății.

Asigurații, au dreptul la maximum 2 cure pe an, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale. O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament, în medie 4 proceduri/zi.

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

Serviciile medicale de recuperare prevăzute mai sus nu se decontează de casele de asigurări de sănătate atunci când acestea se acordă pentru situații care privesc corecții de natura estetica și de întreținere, cum ar fi: vergeturi, sindrom tropostatic s.a.m.d.

ANEXA 8

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, de medicină dentară și de recuperare-reabilitare a sănătății

ART. 1 Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, de medicină dentară și de recuperare-reabilitare a sănătății se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau în lei.

ART. 2 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice contravaloarea serviciilor medicale – consultații luând în calcul numărul de puncte aferent și valoarea stabilită pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajat persoane autorizate de Ministerul Sănătății, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcții al Ministerului Sănătății, care prestează activități conexe actului medical sau sunt în relație contractuală cu cabinetele de liberă practică pentru servicii conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat serviciile respective servicii efectuate de aceștia și cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, dacă sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice.

ART. 3 (1) Numărul total de puncte raportat pentru consultațiile medicale acordate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, fitoterapie și homeopatie, planificare familială și nu poate depăși numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

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

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

În situația în care programul de lucru al unui medic este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, numărul de consultații, crește sau scade corespunzător.

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

(2) Serviciile conexe actului medical, prestate de persoanele autorizate sau prin cabinetele de liberă practică organizate conform legii, prevăzute la art. 2 alin. (2), pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală.

Numărul serviciilor conexe actului medical care pot fi raportate de medicul de specialitate care le-a solicitat și care se află într-o relație contractuală cu persoana fizică sau juridică autorizată să le efectueze, se decontează de către casele de asigurări de sănătate, luând în considerare faptul că un furnizor de servicii medicale clinice poate raporta servicii conexe actului medical în valoare de maxim 52 lei pe zi, corespunzător unui număr întreg de servicii conexe.

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

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

Pentru asigurarea calității în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice și furnizorul de servicii conexe actului medical, din care să reiasă că își desfășoară activitatea într-o formă legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr. 598/2001, acte doveditoare care să conțină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii conexe actului medical, avizul de liberă practică și programul de activitate.

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

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

a) condițiile în care se desfășoară activitatea - majorarea este cu până la 100%.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea;

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în: fitoterapie și homeopatie, planificare familială, precum și furnizorilor de servicii conexe actului medical. Recalcularea numărului total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovada confirmării gradului profesional.

(3) Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară; pentru anul 2010 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 0,9 lei.

(4) Valoarea unui punct pe serviciu medical - consultație se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în funcție de fondul aferent trimestrului respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialitățile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte și de numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară pentru trimestrul respectiv. Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pe serviciu.

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

(6) Fondul pentru stabilirea valorii definitive a punctului respectiv pentru plata medicilor de specialitate din specialitățile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se obține ca diferența între fondul aprobat pentru ambulatoriul de specialitate clinic și suma corespunzătoare serviciilor conexe actului medical.

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

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităților clinice, se corectează până la sfârșitul anului, astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus față de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior, se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului, stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea și implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv.

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

(4) Pentru asigurarea calității furnizării serviciilor medicale, pentru asigurații care prezintă unul sau mai multe diagnostice confirmate, prevăzute în anexa nr.9 la ordin, controalele periodice vor fi decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile în care acestea vor fi efectuate, raportate și validate, conform reglementărilor privind dispensarizarea bolilor cronice. Excepție fac situațiile în care asiguratul solicită în nume propriu și în scris, efectuarea controalelor periodice la un alt furnizor.

ART. 6 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale paraclinice (furnizori: de analize medicale de laborator, de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală, de investigații medicale paraclinice - explorări funcționale), de un furnizor de servicii medicale clinice (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice sau prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești), de medicii de familie (prin act adițional la

contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară) și de un furnizor de servicii de medicină dentară (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară) cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere:

- a) numărul de investigații paraclinice;
- b) tarifele negociate;

Numărul de investigații paraclinice negociat între furnizorii de investigații medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografiile și monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice), medicii de familie (numai pentru ecografie generală – abdomen și pelvis), furnizorii de servicii de medicină dentară (numai pentru radiografia dentară) și casele de asigurări de sănătate se stabilește în limita numărului de investigații paraclinice necesar pe total județ, determinat de comisia constituită conform art. 43 alin. (5) din Contractul-cadru aprobat prin H.G. nr.262/2010, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinație.

La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de analize medicale de laborator, respectiv cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere criteriile prevăzute în anexa nr. 10, respectiv în anexa nr. 11 la ordin.

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

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

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

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

În situația în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate față de suma lunara prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea lunara contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeași luna și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la începutul anului până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea și în raport cu valoarea de contract aferentă lunii în care se face regularizarea.

Sumele rezultate din economii de la investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator, de la investigațiile medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală într-o luna și de la investigațiile medicale paraclinice - explorări

funcționale într-o luna - se redistribuie furnizorilor care în aceeași luna și-au epuizat valoarea de contract.

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

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2010 cu destinația servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele/actele adiționale inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în norme, precum și reevaluarea punctajului furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat.

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

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

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

ART. 7 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relații contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate în anexa nr. 7 la ordin. Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate sunt cele rezultate din reducerea tarifelor maximele cu procentul de diminuare cel mai mare ofertat de către furnizori și nu pot fi mai mari decât tarifele maximele prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Prezentarea, susținerea și negocierea ofertelor privind procentul de diminuare a tarifelor pentru investigații paraclinice se face în ședință deschisă, în prezența reprezentanților casei de asigurări de sănătate și a tuturor reprezentanților legali ai furnizorilor care doresc să încheie contract de furnizare de servicii medicale paraclinice.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale clinice, ecografii, respectiv furnizorilor de servicii medicale clinice de cardiologie și de medicină internă serviciul "monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice" cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, în condițiile prevăzute la lit. a) din nota de la cap. I lit. A din anexa nr. 7 la ordin, la tarife negociate care nu pot fi mai mari decât tarifele maximele decontate de casele de asigurări de sănătate prevăzute în aceeași anexă.

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

ART. 8 (1) Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în trei exemplare și are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și două exemplare sunt înmânate asiguratului. La momentul prezentării asiguratului în vederea efectuării investigațiilor, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a consemna data prezentării, de a semna și stampila formularul, indiferent dacă investigațiile recomandate sunt sau nu efectuate la momentul prezentării. În situația în care, din motive obiective, investigațiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a restitui asiguratului ambele exemplare ale biletului de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice. Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectuează investigațiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere păstrează un exemplar al biletului și depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității.

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

(2) Prin excepție de la prevederile alin. (1), biletele de trimitere pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru afecțiunile cuprinse în unele programe naționale de sănătate / diabetul și bolile de nutriție precum și cele pentru afecțiunile oncologice au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice, în condițiile în care pentru afecțiunea respectivă și medicația a fost prescrisă pentru același interval de timp.

(3) Furnizorul de servicii medicale paraclinice, în situația în care nu poate efectua toate serviciile paraclinice conform biletului de trimitere, este obligat să anuleze cu o linie pe cele două exemplare ale biletului, serviciile paraclinice neefectuate; este interzisă înlocuirea sau adăugarea altor investigații paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice. În situația în care Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice într-un județ, respectiv în Municipiul București, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, iar furnizorul de

servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior.

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

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și dacă acestea conțin cel puțin setul minim de date.

(5) Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, investigațiile medicale paraclinice se acordă pe baza biletului de trimitere.

ART. 9 Serviciile de înaltă performanță (RMN, CT, scintigrafie și angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și a fișelor de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin, care se întocmesc în două exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

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

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

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

b) numărul de medici de medicină dentară și dentiști care intră în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate;

c) gradul profesional. Pentru medicul primar, suma stabilită ca raport între lit. a) și lit. b) se majorează cu 20%, iar pentru medicul care nu a obținut un grad profesional această sumă se diminuează cu 20%;

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

e) pentru medicii din mediul rural suma stabilită conform lit. c), respectiv lit. d), după caz, se majorează cu 50%.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și luni.

(2) Suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 1.000 lei, corespunzătoare unui program de 7 ore în medie/zi.

(3) Lunar casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară serviciile medicale de medicină dentară furnizate în limita valorii trimestriale de contract.

În situații justificate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară pot efectua servicii medicale peste valoarea trimestrială de contract în limita a maxim 5%, cu

condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract a trimestrului următor, cu încadrarea în valoarea contractată pentru anul respectiv.

(4) În situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate, față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în trimestrul respectiv și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate de la data semnării actului adițional.

(5) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrială cabinetele de medicină dentară pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină dentară, dacă este cazul.

(6) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2010 cu destinația servicii medicale dentare se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de contractare.

ART. 12 În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse și cheltuielile aferente activităților de tehnică dentară. Plata acestora se face de către reprezentantul legal al cabinetului de medicină dentară direct către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

ART. 13 Casele de asigurări de sănătate țin evidența serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat și pe fiecare cod din formula dentară prevăzută în anexa nr. 7 la ordin.

ART. 14 (1) Unitățile ambulatorii de recuperare-reabilitare din structura unor unități sanitare sau unitățile ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească încheie contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe servicii medicale – consultații / cazuri pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 7 la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de servicii medicale – consultații, respectiv tariful pe consultație și numărul de servicii medicale – cazuri, respectiv tariful pe caz.

Suma contractată se defalcă pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

(3) În vederea contractării numărului de servicii medicale – consultații și a numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății se au în vedere următoarele:

a) numărul de servicii medicale - consultații de recuperare-reabilitare acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de servicii medicale – consultații rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație medicală este necesară o durată de 15 minute în medie. Dacă programul de lucru este mai mare de 7 ore pe zi numărul de consultații, poate crește corespunzător;

b) serviciile medicale – cazuri care se acordă în bazele de tratament, se contractează și raportează în vederea decontării pentru 10 zile de tratament și o medie de 4 proceduri/zi, dar nu mai mult de 2 cure pe an, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale; la contractare se are în vedere diversitatea procedurilor propuse pentru contractare reflectată în tipul și numărul de aparate aflate în dotare, personalul de specialitate, programul de lucru.”

(4) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale – consultații și numărului de cazuri de recuperare-reabilitare; în situația în care baza de tratament nu se află în structura rețelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătății sau aparține unor ministere cu rețele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea serviciilor medicale – consultații și numărului de cazuri de de recuperare-reabilitare la nivelul tarifelor diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unităților, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele și materialele sanitare.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2010 cu destinația de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv de acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale – consultații și numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate asiguraților de la data semnării acestora.

(6) Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare în ambulatoriu se face prin plata prin tarif pe serviciu medical – consultații și număr de cazuri exprimat în lei. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare-reabilitare a sănătății.

(7) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale – consultații și numărul de cazuri de de recuperare-reabilitare numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate sau de medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(8) Biletele de trimitere pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimaterice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilit de medicul de recuperare-reabilitare a sănătății.

(9) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate se face în funcție de numărul de servicii medicale – consultații și numărul de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății realizat atât în cabinetele medicale, cât și în bazele de tratament, înmulțit cu tarifele din anexa nr. 7 la ordin, după caz, diminuate conform alin. (4), în limita sumelor contractate.

Art. 15 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctură cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de consultații de acupunctură, respectiv tariful pe consultație și numărul de servicii medicale – caz, respectiv tariful pe caz. Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni.

(2) În vederea contractării numărului de consultații de acupunctură și a numărului de servicii medicale - caz se au în vedere următoarele:

a) numărul de consultații de acupunctură acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de consultații de acupunctură rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație de acupunctură este necesară o durată de 15 minute în medie. Pentru fiecare caz casa de asigurări de sănătate decontează o singură consultație pentru o cură de tratament. Asigurații, au dreptul la maximum 2 cure pe an, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale.

b) serviciile de acupunctură – caz, se contractează și raportează în vederea decontării maximum 2 cure /an, o cură reprezentând în medie 10 zile de tratament, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale;

(3) Contravaloarea servicii de acupunctură – consultații și cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare.

(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale–caz pentru servicii medicale de acupunctură și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură și pe consultație, în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale – consultații de acupunctură și cazurilor – cure de acupunctură;

(6) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice, de medicină dentară, de recuperare-reabilitare a sănătății și paraclinice facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART. 16 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice, paraclinice, de medicină dentară și de recuperare-reabilitare a sănătății care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin, precum și a serviciilor medicale acordate la cererea asiguratului (fără recomandare medicală sau fără a îndeplini condițiile care îi permit adresare directă) sau în situația în care asiguratul nu acceptă programare pe listele de prioritate se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinetul/laboratorul medical, pentru care se eliberează chitanță fiscală, cu indicarea serviciului prestat.

ART. 17 (1) În cabinetele medicale/laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, pot fi angajați numai medici și/sau dentiști, precum și alte categorii de personal în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare, cu excepția persoanelor care își desfășoară activitatea în cabinete organizate conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr. 598/2001. Medicii sau dentiștii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitățile clinice, de recuperare-reabilitare a sănătății și de medicină dentară pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, folosind formularul de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, cu ștampila cabinetului și parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului se

desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitățile clinice, recuperare-reabilitare a sănătății, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum și servicii conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

ART. 18 Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, contractele de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura căreia se află aceste unități și casa de asigurări de sănătate.

ART. 19 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătății, numai pe baza biletului de trimitere pentru alte specialități, care este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în trei exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și două exemplare sunt înmânate asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale clinice, respectiv de recuperare-reabilitare a sănătății. Furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătății, păstrează un exemplar și depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității.

(2) Furnizorii de servicii medicale clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătății, au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(3) În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice, inclusiv a celor de recuperare-reabilitare a sănătății acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

ART. 20 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXĂ 8 A

- model -

Furnizor de servicii medicale

Medic

Specialitatea

Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

Nr. contract

FIȘA DE MONITORIZARE

în cazul bolnavilor cronici în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice

Nume:..... Prenume:

Data nașterii:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cod personal: numeric

Sex: M / F

Adresa:

Diagnostic:

Data luării în evidență:

Comorbidități:

Factori de risc:

Examinări clinice

Data programării	Data realizării

Investigații paraclinice

Tip investigație	Data programării	Data realizării

Recomandări:

- Tratament igieno- dietetic

.....

.....

- Tratament medicamentos

.....

.....

- Alte recomandări

.....

.....

Data completării

.....

Semnătura, parafa și ștampila

.....

ANEXA 8 B

Furnizor de servicii medicale paraclinice

Sediul social / Adresa fiscală.....

DECLARAȚIE

- model -

Subsemnatul (a),
legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal,
cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria
răspundere că am / nu am contract de furnizare de servicii medicale paraclinice și cu:

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și
Autorității Judecătorești

Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și
Turismului.

Casa de Asigurări de Sănătate

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)

.....

ANEXA 8 C

Furnizor de servicii medicale de recuperare –reabilitare

Sediul social / Adresa fiscală.....

DECLARAȚIE

- model -

Subsemnatul (a),
legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal,
cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria
răspundere că am / nu am contract de furnizare de servicii medicale de recuperare -
reabilitare și cu:

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și
Autorității Judecătorești

Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și
Turismului.

Data

.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)

.....

Furnizor de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală

Punct de lucru ¹⁾.....

PERSONAL MEDICO - SANITAR

MEDICI

Nr crt.	Nume si prenu me	C N P	Certificat membru CMR/CMDR			Asigurare de răspundere civilă			Contract **)		Progra m de lucru	C o d p a r a f a	Spe cialit atea / Com pete nța	S p e c i a l i t a t e a / C o m p e t e n t	Grad profesional
			B/I/CI	Data elibe rării	Data expirarii	Nr.	Valabilă până la	Valoar e	Nr. co nt ra ct	Tip contra ct					

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Total asistenți medicali =

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURĂ MEDICALĂ

Nr Crt.	Nume si prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională		Contract**)		Program de lucru	Cod parafa (după caz)
			Serie și nr.	Data eliberării	Data expirării	Nr. contract	Tip contract		

Total personal auxiliar - tehnician aparatură medicală =

1) în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distincte pentru personalul aferent

** Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA, etc.)

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal.....

Nume și prenume, semnătură, ștampilă.....

Data întocmirii.....

LISTA

cuprinzând afecțiunile care, după confirmarea ca fiind un caz nou, permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic și Angină pectorală instabilă
3. Purtătorii de proteze valvulare și pace-maker
4. Malformații congenitale și boli genetice
5. Insuficiență renală cronică în stadiul predialitic
6. Insuficiență cardiacă clasa III - IV NYHA
7. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
8. Bolile de colagen-vasculare (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
9. Aplazia medulară
10. Anemii hemolitice endo- și exoeritrocitare
11. Trombocitemia hemoragică
12. Talasemia majoră
13. Histiocitozele
14. Telangectazia hemoragică ereditară
15. Purpura trombocitopenică idiopatică
16. Trombocitopatii
17. Purpura trombotică trombocitopenică
18. Boala von Willebrand
19. Coagulopatiile ereditare
20. Tumori cu potențial malign până la elucidarea diagnosticului
21. Boala Wilson
22. Malaria
23. Tuberculoza
24. Mucoviscidoza
25. Boala Addison
26. Diabet insipid
27. Psihoze
28. Miastenia gravis
29. Bolnavi cu revascularizație percutanată, cu stimuloare cardiace, cu proteze valvulare, cu by-pass coronarian
30. Afecțiuni postoperatorii și ortopedice până la vindecare
31. Gravide cu risc obstetrical crescut
32. Prematuritatea (în primul an de viață)
33. Malnutriție proteinenergetică (în primii 3 ani de viață)
34. Anemiile carentiale (până la normalizarea hematologică și biochimică)
35. Rahitismul evolutiv, forma moderată și gravă (până la vindecarea radiologică și biochimică)
36. Astm bronșic în criză
37. Glaucom
38. Alte situații la recomandarea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății și ale Colegiului Medicilor din România, cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

NOTA 1:

Prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fără bilet de trimitere pentru afecțiunile de mai sus se face numai în următoarele situații:

1. dacă face dovada (printr-o scrisoare medicală) că a fost luat în evidență de către medicul de familie și în intervalul de timp până la următoarea consultație la medicul specialist, bolnavul nu necesită să fie monitorizat de către medicul de familie;

2. pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcție de parametrii de monitorizare;

3. asiguratul are stabilit un plan de monitorizare și tratament pentru tot anul în curs, conform fișei de monitorizare prevăzută în anexa nr. 8 A.

NOTA 2:

1. Medicul de specialitate trebuie să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit schimbări în evoluția bolii și în atitudinea terapeutică

2. Medicul de specialitate care are în evidență bolnavul are obligația de a depune la contractare lista cu asigurați – bolnavi cu afecțiuni cronice în evidență.

ANEXA 10

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

CAPITOLUL I

Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice – laboratoare de analize medicale

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

2. a) Să facă dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la Cap. II pct. 1 din Anexa nr. 7 la prezentele norme, cu excepția examinărilor histopatologice.

b) Pentru examinările histopatologice furnizorul are obligația de a face dovada capacității tehnice numai în situația în care solicită contractarea acestora.

3. Furnizorul va prezenta fișa tehnică eliberată de producător, pentru meniul de teste efectuate de fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică.

4. Să facă dovada ca toată durata programului de lucru declarat pentru fiecare laborator de analize medicale / punct de lucru din structura, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate medicină de laborator, biolog, chimist, biochimist.

5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prevăzut de reglementările în vigoare, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator, cu excepția situației prevăzută la art. 43 alin. (12) din Contractul cadru aprobat prin HG nr.262/2010.

NOTA: Pentru laboratoarele de anatomopatologie nu se aplică punctul 2.a) și punctul 5.

CAPITOLUL II

Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator - stabilit pe total județ

1. Numărul de investigații paraclinice-analize de laborator se stabilește la nivelul fiecărui județ de către comisia înființată conform art. 43 alin.(5) din contractul-cadru aprobat prin HG nr..... din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și cu consultarea obligatorie a direcțiilor de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București, a colegiilor teritoriale ale medicilor și patronatelor reprezentative la nivelul județului din asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

2. La stabilirea sumelor ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor	45%
2. criteriul de calitate	45%
3. criteriul financiar	10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 45%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme și în termen de valabilitate ale acestora.

d) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

În acest sens, casele de asigurări de sănătate verifică capacitatea tehnică a fiecărui furnizor și transmit Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data încheierii perioadei de depunere a dosarelor de contractare situația centralizatoare cu privire la:

- tipul și denumirea fiecărui aparat

- seria și numărul fiecărui aparat

- tipul, numărul și data documentului care dovedește deținerea legală a fiecărui aparat

Constatarea ulterior încheierii contractului, a existenței unor aparate de același tip și cu aceeași serie și număr la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiași furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

e) Pentru a putea fi luate în considerare, aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcționare, certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcționali în termenul prevăzut de lege pentru fiecare tip de aparat.

f) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut, după cum urmează:

1. Hematologie:

1.1. Morfologie*)

a) analizor până la 18 parametri inclusiv - cu o vechime de până la 5 ani – 10 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

b) – analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv - cu o vechime de până la 5 ani – 12 puncte.

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

- analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv; cu modul laser flowcitic - cu o vechime de până la 5 ani - 18 puncte.

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului.

c) – analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puțin 61 teste/oră - cu o vechime de până la 5 ani – 14 puncte.

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului

- analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puțin 61 teste/oră; cu modul laser flowcitic - cu o vechime de până la 5 ani – 36 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului

*) De menționat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator cu specializare în hematologie.

1.2. Hemostază:

a) analizor coagulare semiautomat - cu o vechime de până la 5 ani – 10 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

b) analizor de coagulare complet automat - cu o vechime de până la 5 ani – 18 puncte

- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

1.3. Imunohematologie: – 2 puncte.

2. Microbiologie:

2.1. Bacteriologie

- analizor automat de microbiologie - cu o vechime de până la 5 ani – 40 puncte
- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

- identificarea germenilor – 10 puncte;

- efectuarea antibiogrammei – 8 puncte.

2.2. Micologie:

- decelarea prezenței miceliilor și identificarea miceliilor – 10 puncte;

- efectuarea antifungigramei – 8 puncte.

2.3. Parazitologie:

- examen parazitologie pe frotiu – 2 puncte;

3. Biochimie:

- analizor semiautomat - cu o vechime de până la 5 ani - 5 puncte

- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

- analizor automat - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte.

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului.

În funcție de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare investigație/oră se acordă câte 0,06 puncte.

4. Imunologie:

a) sistem semiautomatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani 10 puncte

- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

b) sistem automatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani , cu:

- o microplaca 25 puncte

- doua microplaci simultan 30 puncte

- 4 microplaci simultan 35 puncte

- 6 microplaci simultan 40 puncte

- se scad din punctajele acordate câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatelor;

c) sisteme speciale cu o vechime de până la 5 ani 25 puncte

- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

În funcție de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare probă/oră se acordă câte 0,6 puncte.

5. Citologie Papanicolau 5 puncte.

Este obligatoriu a fi efectuată de medici sau de biologi cu specializare în domeniu.

6. Histopatologie 25 puncte.

NOTĂ:

Nu se punctează aparatele pentru care în compartimentele respective nu desfășoară activitate cel puțin un angajat cu studii superioare de specialitate.

Aparatele mai vechi de 10 ani nu se punctează.

B. Resursele umane

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat în laborator.

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru cei angajați cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată:

1. medic primar de specialitate	20 puncte;
2. medic specialist	18 puncte;
3. chimiști, biologi, biochimiști principali	16 puncte;
4. chimiști, biologi, biochimiști specialiști	14 puncte;
5. chimiști, biologi, biochimiști	10 puncte;
6. asistenți medicali de laborator	4 puncte.

C. Logistică:

1. transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul care a recomandat analizele în maximum 24 de ore:

- fax - 1 punct;
- direct medicului - 3 puncte;
- sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor pe Internet - 4 puncte;

2. software dedicat activității de laborator - care să conțină înregistrarea și evidența biletelor de trimitere (serie și număr bilet, CNP-ul pacientului, codul de parafa și numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul și numărul investigațiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză și arhivarea datelor de laborator, precum și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):

- operațional - instalat și cu aparate conectate pentru transmitere de date - 30 puncte;

3. website - care să conțină minimum următoarele informații: datele de contact – adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări și chestionar de satisfacție a pacienților

- 2 puncte.

Pentru furnizorii de servicii de laborator care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul corespunzător pct. 1 și 3 se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii medicale de laborator.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 45%.

a) 70% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calității", în conformitate cu SR EN ISO/CEI 17025 sau SR EN ISO 15189 și care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoțit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este

acreditat fiecare laborator/punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

a) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie, Hematologie și Imunologie cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

b) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală prevăzută în celelalte grupe de analize prevăzute în Anexa nr. 7, altele decât cele menționate la lit. a) și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

c) 30% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale pentru laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătății" și care este dovedit de furnizor prin documentul de atestare care cuprinde și lista analizelor medicale pentru care este atestat fiecare laborator/punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

- se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale, cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori/an în ultimele 12 luni. Pe parcursul derulării contractului obligația participării la schemele de testare a competenței de cel puțin 4 ori pe an rămâne valabilă în aceleași condiții. Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

3. Criteriul financiar

Ponderele acestui criteriu este de 10%.

Criteriul financiar se referă la tarifele propuse de furnizorii de analize medicale de laborator, cu încadrarea obligatorie în tarifele maxime prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Furnizorii de servicii medicale de laborator care prezintă tarife ce depășesc tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate cuprinse în anexa nr. 7 la ordin sunt respinși de la contractare.

1. Pentru încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de analize medicale de laborator prezintă în ofertă procentul cu care propun diminuarea tarifelor maxime prevăzute în anexa nr. 7 la ordin; procentul de diminuare se propune distinct pentru fiecare categorie de analize (hematologie, biochimie, imunologie, microbiologie, histopatologie).

2. Procentul de diminuare propus pentru fiecare categorie de analize se aplică pentru toate analizele cuprinse în categoria respectivă și nu poate depăși 20% din tariful maximal.

3. Tarifele rezultate ca urmare a aplicării procentului de diminuare cel mai mare propus pentru fiecare categorie de analize medicale reprezintă tarifele care se contractează cu toți furnizorii de analize medicale de laborator.

4. Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 se acorda furnizorului care a oferat procentul de diminuare cel mai mare pentru fiecare categorie de analize medicale. Pentru furnizorii care au propus procente de diminuare mai mici față de procentul de diminuare cel mai mare se acorda un punctaj proportional în funcție de primul clasat.

Pentru furnizorii de servicii medicale de laborator care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă o singură dată pentru toate analizele medicale, indiferent de numărul laboratoarelor/punctelor de lucru cu care furnizorul intră în contract.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinația de analize medicale de laborator se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 45 % pentru criteriul de evaluare resurse;

b) 45 % pentru criteriul de calitate, din care 70% pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calității" și 30% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale";

c) 10% pentru criteriul financiar.

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor, cu excepția numărului total de puncte obținut de furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul de puncte corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D.

F. Criteriile și modalitatea de calcul se aplica în același mod și pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele / punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare și care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, precum și pentru furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu.

Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător

fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

Sumele care rezultă pentru acești furnizori se contractează și se decontează din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească.

NOTA 1: În funcție de necesarul de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator, pe tipuri, suma aferentă investigațiilor medicale paraclinice - analize medicale de laborator - poate fi repartizată de casele de asigurări de sănătate pe tipuri de servicii medicale paraclinice de laborator, astfel:

- analize medicale de laborator;
- analize de anatomopatologie.

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe total județ - de către comisia constituită conform art. 43 alin.(5) din contractul-cadru vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de anatomopatologie din totalul fondului cu destinația de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator.

Pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - criteriile specifice de selecție se aplică în mod corespunzător (numai analizele, aparatele, și personalul specific).

ANEXA 11

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală

CAPITOLUL I

Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua investigațiile de radiologie și/sau imagistică medicală din Lista minimă de investigații paraclinice - radiologie și imagistică medicală pentru fiecare laborator de radiologie – imagiastică medicală / punct de lucru din structura acestuia ce urmează a fi cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice – radiologie și imagistică medicală, astfel:
 - a. Laborator de radiologie și imagistică medicală - investigații conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;
 - b. Ecografia generală, ca prestație independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice și medici de familie, cu

competență /supraspecializare/ atestat de studii complementare emis de instituțiile abilitate în condițiile legii;

c. Ecografia endocrinologică ca prestație independentă efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice, în diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, medicină internă;

d. Ecografia de vase - artere, vene, ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: cardiologie, pediatrie, medicină internă, neurologie, geriatrie și gerontologie;

e. Ecocardiografia efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie și gerontologie și pediatrie, de către medici de specialități clinice;

f. Ecografia fetală efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de genetică medicală;

g. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de pediatrie;

h. Ecografia de pelvis efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de obstetrică-ginecologie (numai pentru afecțiuni ginecologice) și în cabinetele medicale de urologie.

i. Radiografia dentară ca prestație independentă în cadrul cabinetelor de medicină dentară.

j. Ecografia morfologică fetală (pentru gravide 20 – 23 de săptămâni) efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică- ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;

k. Ecografia pentru translucența nucală (pentru gravide 11 - 13,6 săptămâni) efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică- ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală.

NOTĂ: Furnizorul va prezenta fișa tehnică eliberată de producător, pentru meniul de teste efectuate de fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică.

3. Să facă dovada ca toată durata programului de lucru declarat pentru fiecare laborator de radiologie – imagistică medicală / punct de lucru din structura, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate radiologie-imagistică medicală, condiții cumulative ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator.

4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prevăzut de reglementările în vigoare, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii radiologie – imagistică medicală.

CAPITOLUL II

Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - radiologie și imagistică medicală, stabilit pe total județ

1. Numărul de investigații de radiologie-imagistică medicală se stabilește la nivelul fiecărui județ de către comisia înființată conform art. art. 43 alin.(5) din Contractul-cadru aprobat prin H.G. nr.... din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și cu consultarea obligatorie a direcțiilor de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București, a colegiilor teritoriale ale medicilor și patronatelor reprezentative la nivelul județului din asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

2. La stabilirea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală și a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigații

medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor	70 %
2. criteriul de calitate	10%
3. criteriul financiar	10%
4. criteriul de disponibilitate (pentru program non-stop)	10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 70%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice – radiologie și imagistică medicală sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme și în termen de valabilitate ale acestora.

e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

f) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

În acest sens, casele de asigurări de sănătate verifică capacitatea tehnică a fiecărui furnizor și transmit Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data încheierii perioadei de depunere a dosarelor de contractare situația centralizatoare cu privire la:

- tipul și denumirea fiecărui aparat
- seria și numărul fiecărui aparat
- tipul, numărul și data documentului care dovedește deținerea legală a fiecărui aparat

Constatarea ulterior încheierii contractului, a existenței unor aparate de același tip și cu aceeași serie și număr la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiași furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

g) Pentru a putea fi luate în considerare, aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcționare, certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcționali în termenul prevăzut de lege pentru fiecare tip de aparat.

h) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut, după cum urmează:

a) 1. radiologie (scopie) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

2. radiologie (grafie) se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

b) post independent de radiografie - se acordă **25** puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

c) radiografie dentară - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

d) aparate de radiologie mobile - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

Pentru echipamentele de radiologie, după caz, la punctajul obținut se adaugă:

- tipul de achiziție
 - digitalizat (plăci fosforice) 5 puncte;
 - direct digital 10 puncte;
- opțiuni:
 - stepping periferic 5 puncte
 - cuantificarea stenozelor 5 puncte
 - optimizarea densității 5 puncte
 - trendelenburg 3 puncte
 - afisare colimatori fara radiatie 3 puncte
 - stand vertical 3 puncte
 - tomografie plană 1 punct;
 - 2 Bucky 1 punct;

e) mamografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.;

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- tipul de achiziție:

- parțial digital 5 puncte;
- digital 10 puncte;
- dimensiunea câmpului de expunere: 1 punct;
- existența de casete dedicate 1 punct;
- facilitate de stereotaxie 10 puncte;

f) ecografia - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.;

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- mod de lucru al unității de bază:

- B (sau 2D): 1 punct
- M: 1 punct
- Doppler color: 2 puncte
- Doppler color power sau angio Doppler: 1 punct
- Doppler pulsat: 1 punct
- triplex: 0.5 puncte;
- achiziție imagine panoramică: 1 punct
- achiziție imagine panoramică cu Doppler color, 1 punct
- achiziție imagine cu armonici superioare: 1 punct.

- caracteristici tehnice sistem:

- monitor alb-negru/color - 1 punct;
- modalități de salvare a imaginilor (DICOM sau compatibile PC) pentru fiecare opțiune se adaugă - 1 punct

- aplicații software incluse (abdomen, părți moi, obstetrică-ginecologie) - 1 punct;

- stocare imagini DICOM (CD, DVD, stick USB , hard disk) - 2 puncte;
- printer alb-negru/color - 1 punct;

g) computer tomografie - se acordă 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului

- se acorda 30 de puncte pentru fiecare computer tomograf secvențial, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- numărul de secțiuni concomitente:

- 2 - 8 secțiuni 25 puncte;
- 16 - 32 secțiuni 40 puncte;
- peste 32 secțiuni 70 puncte;
- peste 64 secțiuni 100 puncte;

- timp de achiziție a imaginii:

- 0,5 – 1 secunda: 10 puncte;
- sau
- <0,5 secunde: 20 puncte

- aplicații software* instalate pe computerul tomograf:

- 3D: 2 puncte;
- Circulație – 64 slice 2 puncte;
- evaluare nodul pulmonar – 16 slice 2 puncte;

- perfuzie – 64 slice 2 puncte;
 - colonoscopie – 64 slice 2 puncte;
 - angiografie cu substractie de os – 16 slice 2 puncte;
 - dental – 2 slice 2 puncte;
- *se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentata a aplicațiilor menționate instalate pe echipament
- accesorii - printer - digital 5 puncte;
 - analog 1 punct;
 - injector automat 15 puncte;
 - statie de post procesare si software aferent*: 20 puncte;
- * se va puncta dacă în documentația de punere în funcțiune există dovada deținerii și instalării echipamentului

h) imagistică prin rezonanță magnetică - se acordă 100 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului

- se acordă 30 de puncte pentru aparatele de rezonanță magnetică dedicate anumitor segmente (Ex: san, extremitati, cap, genunchi, etc), scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- 1. - câmp magnetic - 1 T 10 puncte;
- 1,5 T și peste 20 puncte;
- 2. - pentru fiecare tip de antena instalată* se adauga: 20 puncte;

*se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentata a echipamentelor

3. Aplicatii software* instalate pe RMN – pentru fiecare tip de soft instalat se adaugă: - 10 puncte

*se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentata a aplicațiilor instalate pe echipamente

4. Accesorii

- Printer - digital: 5 puncte;
- analog: 1 punct;
- Injector automat: 15 puncte;
- Statie de post procesare si software aferent * 20 puncte

(alta decât stația de vizualizare) :

* se va puncta dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada echipamentului

i) medicină nucleară (Gamma Camera) - se acordă 70 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- cu o cameră de citire 5 puncte;
- cu două camere de citire 15 puncte;
- Hot lab: 1 5 puncte

j) osteodensitometrie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

La punctajul obținut se adaugă:

- posibilitatea de realizare investigatie completă (whole body):

	- 10 puncte.
k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia și stocarea imaginilor:	
- cameră obscură umedă manuală	1 punct;
- dezvoltator automat umed	3 puncte;
- dezvoltator umed day light	5 puncte;
- cititor de plăci fosforice (CR)	15 puncte;
- dezvoltare automata uscata:	10 puncte;
- arhivă filme radiografice	5 puncte;
- arhivă CD	15 puncte;
- arhivă de mare capacitate (PACS)	50 puncte;
- digitizer pentru medii transparente (filme)	5 puncte.

Nota 1:

Aparatele mai vechi de 10 ani nu se punctează.

Nota 2 : În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deținut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziție, anexă care descrie și confirmă configurația tehnică a respectivului dispozitiv.

Nota 3: Se punctează doar echipamentele utilizate pentru serviciile ce se contractează cu casele de asigurări de sănătate.

Nota 4: Pentru furnizorii de servicii de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru, punctajul se acordă pentru fiecare aparat/echipament aflat într-un laborator/punct de lucru pentru care se încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane

Pentru fiecare categorie de personal se acordă următorul punctaj:

- medici:

- medic de specialitate radiologie și imagistică medicală:	15 puncte;
-medic primar radiologie și imagistică medicală:	30 puncte
-medic de specialitate medicină nucleară:	15 puncte
-medic primar medicină nucleară:	30 puncte
- medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obținută în ultimii 5 ani	5 puncte
- medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obținută între 5 – 10 ani	15 puncte
- medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 10 ani	30 puncte
(punctajul se acordă pentru medicii din specialitățile clinice și medicii de familie care efectuează servicii medicale paraclinice - ecografii în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice / contractelor de furnizare de servicii medicale spitalicești, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară)	
- medic dentist	5 puncte
(punctajul se acordă pentru medicii dentiști care efectuează radiografiile dentare retroalveolare și panoramice în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară)	
-medic specialist explorări funcționale	9 puncte
-medic primar explorări funcționale	11 puncte
- operatori:	

- absolvent colegiu imagistică medicală 5 puncte;
- asistent medical imagistică medicală: 4 puncte;
- bioinginer: 6 puncte;
- fizician: 6 puncte;
- asistenți medicali:
- de radiologie 6 puncte;
- alte specialități pentru Eco + ATI 3 puncte;
- personal auxiliar - tehnician aparatură medicală 5 puncte.

Notă: Se acordă punctaj pentru fiecare persoană încadrată cu normă întreagă. Pentru cei încadrați cu contract de muncă cu timp parțial lucrat se acordă punctaj proporțional cu fracțiunea de normă.

C. Logistica:

- a) distribuția rezultatelor investigațiilor la medicul care a recomandat investigația:
- rețea de transmisie imagini interne (RIS) 8 puncte;
 - transmisie de imagini în perimetrul limitrof și la distanța (PACS) 10 puncte;

b) software dedicat activității de laborator - care să conțină înregistrarea și evidența biletelor de trimitere (serie și număr bilet, CNP-ul pacientului, codul de parafa și numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul și numărul investigațiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză și arhivarea datelor de laborator, precum și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):

- operațional cu aparate conectate pentru transmitere de date 20 puncte;

c) website - care să conțină minimum următoarele informații: datele de contact – adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări și chestionar de satisfacție a pacienților - 2 puncte.

d) teleradiologie:

- server în centrul de achiziție 10 puncte
- server în centrul de citire 10 puncte
- linie VPN 10 puncte

Punctajul se acordă o singură dată indiferent dacă furnizorul oferă servicii de teleradiologie CT sau RMN sau și CT și RMN.

Pentru furnizorii de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul pentru lit. a) și c) se acordă o singură dată pentru laboratorul/punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Implementarea sistemului de management al calității, în conformitate cu SR EN ISO 9001:2001 pentru diagnostic imagistic sau cu alt standard adoptat în România la momentul aplicării prezentului ordin, este dovedită de furnizor prin certificatul de

conformitate a sistemului de management al calității însoțit de o copie de pe manualul calității, în care să fie specificat tipul investigațiilor pentru care s-a acordat.

În situația în care furnizorul de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală prezintă certificatul de conformitate, acesta primește maxim 100 de puncte, respectiv câte un punct pentru fiecare investigație care se regăsește în anexa la certificatul de conformitate a sistemului de management și care este oferită spre contractare. Furnizorii care nu prezintă certificatul de conformitate nu primesc punctaj la acest criteriu.

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă o singură dată pentru toate investigațiile medicale, indiferent de numărul laboratoarelor/punctelor de lucru cu care furnizorul intră în contract.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

3. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Criteriul financiar se referă la tarifele propuse de furnizorii de investigații paraclinice de radiologie-imagistică, cu încadrarea obligatorie în tarifele maxime prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică care prezintă tarife ce depășesc tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate cuprinse în anexa nr. 7 la ordin sunt respinși de la contractare.

a. Pentru încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de investigații de radiologie-imagistică medicală prezintă în ofertă procentul cu care propun diminuarea tarifelor maxime prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, pentru fiecare tip de investigații, procent care nu poate depăși 12% din tariful maximal.

b. Tarifele rezultate ca urmare a aplicării procentului de diminuare cel mai mare propus pentru fiecare tip de investigații reprezintă tarifele care se contractează cu toți furnizorii de investigații de radiologie-imagistică medicală.

c. Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 se acordă furnizorului care a oferit procentul de diminuare cel mai mare pentru fiecare tip de investigații. Pentru furnizorii care au propus procente de diminuare mai mici față de procentul de diminuare cel mai mare se acordă un punctaj proporțional în funcție de primul clasat.

d. Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

4. Criteriul de disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acordă astfel:

- pentru furnizorii care asigură un program prelungit de 12 ore zilnic, inclusiv sâmbătă, duminică și sărbători legale se adaugă - 30 puncte
- pentru furnizorii care asigură un program non stop de 24 ore zilnic se adaugă - 100 puncte

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă pentru fiecare laborator/punct de lucru.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinație de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

- a) 70 % pentru criteriul de evaluare;
- b) 10 % pentru criteriul de calitate.
- c) 10% pentru criteriul financiar
- d) 10% criteriul de disponibilitate

B. Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor la cele patru criterii.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul total de puncte corespunzător fiecărui criteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre cele 4 criterii se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor pentru fiecare criteriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea celor patru sume stabilite conform lit. D.

F. Criteriile și modalitatea de calcul se aplica în același mod și pentru furnizorii de servicii paraclinice de radiologie-imagistică pentru laboratoarele / punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare și care efectuează investigații paraclinice de radiologie-imagistică în regim ambulatoriu, precum și pentru furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații paraclinice de radiologie-imagistică în regim ambulatoriu.

Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

Sumele care rezultă pentru acești furnizori se contractează și se decontează din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească.

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală pe total județ - de către comisia constituită conform art. 43 alin.(5) din Contractul-cadru aprobat prin H.G. nr.262/2010 vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de explorări funcționale din totalul fondului cu destinația de servicii paraclinice de radiologie-imagistică medicală.

Pentru furnizorii de explorări funcționale - criteriile specifice de selecție se aplică în mod corespunzător (numai investigațiile, aparatele, și personalul specific).

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru
specialitățile clinice

I. Părțile contractante

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

și

- Cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare

- cabinetul individual, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil.....adresă e-mail.....fax.....reprezentat prin medicul titular.....;

- cabinetul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil.....adresă e-mail.....fax..... reprezentat prin medicul delegat

- societatea civilă medicală, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil.....adresă e-mail.....fax..... reprezentată prin administratorul

- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail.....fax.....reprezentată prin

- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil.....adresă e-mail.....fax.....reprezentată prin

- Ambulatoriul de specialitate și ambulatoriul integrat din structura spitalului, inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, , având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil.....adresă e-mail.....fax.....reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic și tratament și centru medical - unități cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil.....adresă e-mail.....fax..... reprezentat prin

- Unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil.....adresă e-mail.....fax..... reprezentată prin în calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale - consultații în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, în următoarele specialități și competențe/atestat de studii complementare:

- a)
- b)
- c)

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice se face de către următorii medici:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2010.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul **2010**, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale clinice autorizați și evaluați și să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale clinice, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

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

d) să informeze furnizorii de servicii medicale clinice cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

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

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât la sediul casei de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acesteia, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate; precum și numărul total național de puncte realizat, afișat pe pagina de web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pe în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceștia;

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

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;

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

l) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical / serviciu medical-caz în condițiile stabilite prin norme.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

2. să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

3. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contract-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară – bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate

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

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; pentru asigurații incluși în Programul național cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați prin actele normative în vigoare;

9. să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate; cu avizul conform al direcției de sanătate publică județene sau a municipiului București, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contract; avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 30 de zile de la data semnării contractului;

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

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

12. să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul;

14. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

15. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără **nicio** discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

16. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

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

18. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

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

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

21. să asigure acordarea asistenței medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

22. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

23. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în anexa nr. 7 la normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

24. să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor cronice prevăzute în norme, pentru care se organizează evidența distinctă la nivelul medicului de familie și al medicului de specialitate din ambulatoriu, afecțiunilor confirmate care

permit prezentarea direct la medicul de specialitate și pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare și tratament pentru minimum 6 luni, a serviciilor de medicină dentară, precum și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, furnizorii de servicii medicale în asistența ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și a investigațiilor medicale paraclinice;

25. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este prevăzut în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

26. să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

27. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și a recomandărilor pentru investigații medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat.

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

29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii medicale pentru persoanele asigurate facultativ;

30. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

31. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alți furnizori în baza

acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

32. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație și conform unui buget orientativ, în condițiile stabilite prin norme;

33. să raporteze în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și trimestrial mișcarea acestora;

34. să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz.

VI. Modalități de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu este tarif pe serviciu medical exprimat în puncte și tarif pe serviciu medical –caz pentru servicii medicale de acupunctură.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară, pentru anul 2010; valoarea minimă garantată a unui punct pentru pata pe serviciu medical este în valoare de lei.

(3) a) Tariful pe consultație de acupunctură este de 9 lei

b) Tariful pe serviciu medical –caz pentru servicii medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 140 lei.

(4) Valoarea contractului pentru serviciile medicale – caz pentru serviciile medicale de acupunctură este delei

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

ART. 9 (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, la valoarea minimă garantată a unui punct, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor convenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale–cazuri pentru servicii medicale de acupunctură și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură și pe consultație ,în limita sumelor contractate, până la data de..... a lunii următoare celei pentru care se face plata ,pe baza facturii și a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de.....

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de specialitate din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea / atestat de studii complementare /competență:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea/ atestat de studii complementare /competență:.....

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat.

ART. 10 Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, se majorează în funcție de:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea, cu%

b) gradul profesional, cu%.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

ART. 13 Clauză specială

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță

majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

IX. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

ART. 14 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, se diminuează valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului, inclusiv fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul și de unele materiale sanitare și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se diminuează valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii la care se constata acestea, sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de acupunctură aferentă lunii în care s-au produs aceste situații, conform prevederilor lit. a), b) și c), pentru fiecare dintre aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct 2, 5, 6, 7, 8, 11, 15, 16, 17, 20, 23, 28 se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de acupunctură, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) Reținerea sumelor conform prevederilor alin. (1) și (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 pct. 33 consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni confirmate care

permit prezentarea direct la medicul de specialitate, nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin (1) și alin. (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

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

f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22 și 29 precum și constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20 și 23;

h) refuzul furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 44 alin. (5) și art. 48 alin. (1) lit. a), b), c) și h) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

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

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) și (2), pentru fiecare situație, precum și pentru obligația prevăzută la art. 7 pct. 27.

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

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

- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;
- f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- g) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

a) încetarea valabilității autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia/acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, eaf precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în această situație.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului.

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate, se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante, până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condițiile stabilite prin norme.

ART. 18 (1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 lit. b), c), f), g) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența

ART. 19 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca, în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract, să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 20 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 21 Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

ART. 22 (1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

(2) Dacă încetează valabilitatea autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția actualizării autorizației sanitare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIII. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
CLINICE

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

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

Anexă la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice nr.....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate și certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.....,
- certificat de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr. (pentru furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare indiferent de forma lor de înființare și organizare) sau actul de înființare sau organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care solicită să le contracteze(pentru ceilalți furnizori)
- autorizație sanitară de funcționare nr. /raportul de inspecție nr. eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege
- cont nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca,
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare sau cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal.....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.....
- dovada de evaluare a furnizorului nr.,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- act/acte doveditor/doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice și furnizorul de servicii conexe actului medical nr....., cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) avizul de liberă practică....., tipul serviciilor furnizate.....și programul de activitate..... pentru persoanele care prestează servicii conexe actului medical,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- autorizația de liberă practică pentru personalul mediu sanitar, certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabile la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici și personalul mediu sanitar,
- programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru, programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar angajat,
- lista privind evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în norme

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii, respectiv monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței efectuate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, respectiv de medicii de specialitate din specialitatea cardiologie și medicină internă

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

ANEXA 13

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice

I. Părțile contractante

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

Laboratorul de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată:

- laboratorul individual, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil..... având sediul în municipiul/orașul..adresă de e-mail.....fax..... reprezentat prin medicul titular

- laboratorul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil.....adresă de e-mail.....fax..... reprezentat prin medicul delegat

- societatea civilă medicală, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil.....adresă de e-mail.....fax..... reprezentată prin administratorul

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, având sediul în municipiul/orașul, str.

..... nr., bl., sc., et., ap.,
județul/sectorul, telefon fix/mobil.....adresă de e-
mail.....fax..... reprezentată prin

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil.....adresă de e-mail.....fax..... reprezentată prin

Laboratoare din structura spitalului, 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 având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil.....adresă de e-mail.....fax..... reprezentat prin, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic și tratament/Centrul medical - unități medicale cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil.....adresă de e-mail.....fax..... reprezentat prin

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr..../2010 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr..../2010, în următoarele specialități:

- a)
- b)
- c)

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către următorii medici:

a) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate

b) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate

c)

.....

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2010.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, autorizați și evaluați și să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice în asistența medicală ambulatorie de specialitate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative ;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia notificarea se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice și numai în condițiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și/sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicațiilor și Turismului.. În situația în care Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicațiilor și Turismului, nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice într-un județ, respectiv în municipiul București, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior;

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

h) să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asiguraților sociale de sănătate;

i) să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme,

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

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale paraclinice efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale paraclinice pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin HG nr.262/2010.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice; factura va fi însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru pacienții din

statele membre ale Uniunii Europene/spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.

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

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București în baza formularului al cărui model este prevăzut în Anexa nr. 39 B la ordinul ministrului sănătății și al președintelui casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr...../...../2010, program asumat prin prezentul contract, avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

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

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

k) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

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

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

n) să asigure acordarea serviciilor medicale paraclinice titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale numai pe baza biletului de trimitere, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice; În situația în care Casa Asiguraților de Sănătate a

Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice într-un județ, respectiv în Municipiul București, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior.

o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

p) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

q) 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; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

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

s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază și pachetul de servicii medicale pentru persoanele asigurate facultativ;

u) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice; În situația în care Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice într-un județ, respectiv în Municipiul București, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior;

v) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

x) să utilizeze numai reactivi care au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) să calibreze și să spele aparatele din laboratoarele de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice din cărțile tehnice ale acestora și să consemneze aceste operațiuni, pentru conformitate și regularitate în documentele obligatorii de control intern, conform legii;

z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010, pe toată perioada de derulare a contractului; cu excepția furnizorilor de servicii medicale paraclinice aparținând rețelei sanitare proprii a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești cu condiția ca acești furnizori să facă dovada demersurilor necesare pentru obținerea certificării ISO în termen de maxim 3 luni de la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri.

w) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr...../...../2010.

aa) să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

ab) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare

ac) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

ad) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și a oricăror alte investigații efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul;

ae) să asigure prezența unui medic de specialitate de medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, respectiv a unui medic de radiologie și imagistică medicală, în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator / punct de lucru;

af) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzută în norme;

ag) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice – analize medicale de laborator efectuate și limitele de normalitate ale acestora;

ah) să stocheze în arhiva proprie, imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii;

ai) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii conexe actului medical, organizații conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr.83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr.598/2001;

aj) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura;

VI. Modalități de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Număr de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.				
2.				
...				
TOTAL		X	X	

*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractului.

Tarifele negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în Anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr...../.....

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile medicale paraclinice cu toți furnizorii.

Suma anuală contractată este lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre și luni și se regularizează lunar.

ART. 9 Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative care se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare

VIII. Răspunderea contractuală

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

IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

ART. 14 În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), j), l), m), o), r), și s) se va diminua contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

Reținerea sumelor conform celor de mai sus, se face din prima plată care urmează a fi efectuată.

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri conform prevederilor legale în vigoare ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la data încetării valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului respectiv de la data încetării valabilității acesteia;

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

f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. a), c), i), k), n), p), q), t), x), y), z), w, ac), ag) ah) și ai), a obligației contractuale prevăzute la art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. .../2010, precum și la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), h), j), l), m), o), r) și s); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care a încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 de câte trei ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică de trei ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 14 pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7, lit. ae); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul;

i) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

j) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;

ART. 16 Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

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

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

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

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o

notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

a) încetarea valabilității autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestui; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia/acestui;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al laboratorului individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului;

f) în situația prevăzută la art. 7, lit. ad);

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate, se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante, până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condițiile stabilite prin norme.

ART. 18 Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. e), j), condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. f) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. i) a art. 7, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. g) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. e), f) și s) ale art. 7 - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 15 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 16 și 17 referitoare la condițiile de încetare, respectiv suspendare, se aplică societății comerciale furnizoare de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

ART. 19 (1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 lit. b), c), se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 20 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22(1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

(2) Dacă încetează valabilitatea a autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția actualizării autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj, sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
PARACLINICE

Președinte - director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

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

Vizat
Juridic, contencios
.....

**Anexă la contractul de furnizare
de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru
specialitățile paraclinice nr.....**

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate și certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală nr.....,
- Certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale nr., actul de înființare sau organizare a unității sanitare (furnizorii organizați conform O.G. nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale, indiferent de forma lor de înființare și organizare), în concordanță cu tipurile de activități pe care solicită să le contracteze,
- autorizație sanitară de funcționare nr. /raportul de inspecție nr..... eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege
- cont nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. deschis la Banca,
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada de derulare a contractului,
- dovada de evaluare a furnizorului nr.,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,

- avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;
- certificat de acreditare nr....., în conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 17025 / SR EN ISO/CEI 15189, însoțit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat,
- certificat de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/ alt standard adoptat în România nr.....,
- dovada participării la schemele de testare a competenței pentru laboratoarele de analize medicale nr.....,

ANEXA 14

CONTRACT DE FURNIZARE de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară

I. Părțile contractante

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

- cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

- cabinetul individual, reprezentat prin medicul dentist/dentistul titular

- cabinetul asociat sau grupat, reprezentat prin medicul dentist delegat

- societatea civilă medicală, reprezentată prin administrator

- unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare,, reprezentată prin

- unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii,, reprezentată prin

- ambulatoriul de specialitate și ambulatoriul integrat din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului,

reprezentat prin, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic și tratament și centru medical - unitate cu personalitate juridică, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon.....fax.....,e-mail, reprezentat prin

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară acordă asiguraților serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii de medicină dentară și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, în următoarele specialități:

- a)
- b)
- c)
-

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de medicină dentară din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face de către următorii medici dentiști/dentiști:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
-
-

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2010 .

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

V. Obligațiile părților

ART. 6 În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, autorizați și evaluați, și să facă publică, în termen de max. 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară contractate, efectuate, raportate și validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, în limita valorii de contract;

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

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sanătate.

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicină dentară care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste servicii sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor serviciilor medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului cadru privind condițiile acordării medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sanătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

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

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului cadru privind condițiile acordării medicale în cadrul sistemului

de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262/2010.

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

k) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

ART. 7 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligații:

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de medicină dentară furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

2. să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

3. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct conform prevederilor Contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de medicină dentară, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară – bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

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

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

9. să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcției de sanatate publica județene sau a municipiului București, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Normele metodologice de aplicare a Contractului cadru privind condițiile acordării medicale în cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2010, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 262//2010, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 30 de zile de la data semnării contractului;

10. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricareia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

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

12. să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare

medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

14. să asigure acordarea de servicii medicale de medicină dentară asiguraților, fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament,

15. să acorde servicii medicale de medicină dentară cu prioritate femeii gravide;

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

17. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a contractului cadru privind condițiile acordării medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

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

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

20. să asigure acordarea asistenței medicale de medicină dentară necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

21. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

22. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în prezentul contract-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia;

23. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale de medicină dentară programabile, dacă este cazul;

24. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul;

25. să asigure acordarea serviciilor de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

26. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

27. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării,

bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din FNUASS;

28. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație și conform unui buget orientativ, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului cadru privind condițiile acordării medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

29. să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

30. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și a recomandărilor pentru investigații medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat.

VI. Modalități de plată

ART.8 Modalitatea de plată în asistența medicală dentară din ambulatoriu este tarif pe serviciu de medicină dentară cuantificat în lei.

ART. 9 Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora și în condițiile prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262 și în limita sumei contractate și defalcate trimestrial și lunar/cabinet, stabilită conform art. 11 din anexa nr. 8 la ordinul menționat mai sus.

Suma anuală contractată este de lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

ART. 10 (1) Decontarea serviciilor de medicină dentară se face lunar, în maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de

La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 11 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic dentist din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic dentist

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Codul de parafă al medicului:

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic dentist

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Codul de parafă al medicului:

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)
.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile de medicină dentară furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile-legale în vigoare

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

ART. 15 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, se diminuează contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au produs aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare cu 10%;
- b) la a doua constatare cu 20%;
- c) la a treia constatare cu 30%.

În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și de unele materiale sanitare, și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice se diminuează contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situații, conform prevederilor lit. a), b) și c), pentru fiecare dintre aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 16, 19, 22 și 23 se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) Reținerea sumelor conform prevederilor alin. (1) și alin. (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1) și alin. (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

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

f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 17, 18, 20, 21 și 25 precum și constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 19 și 22;

h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

i) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din FNUASS.

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 15 alin. (1) și (2), pentru fiecare situație, precum și pentru obligația prevăzută la art. 48 alin. (1) lit. e) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

ART. 17 Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

d) acordul de voință al părților;

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

f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

ART. 18 Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia/acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior.

e) nerespectarea de către furnizorul de servicii medicale de medicină dentară a termenelor de plată a contribuției la FNUASS, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizor, până la data la care acesta își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului

ART. 19 Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 lit. b), c), f), g) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 20 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatea medicină dentară, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 (1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai cu puțință spiritului contractului.

(2) Dacă încetează valabilitatea autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția actualizării autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

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

FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINĂ DENTARĂ
Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției Economice,
.....

Director executiv al Direcției Relații Contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios

Anexă la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară nr.....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate și certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr.,
- certificat de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr..... (pentru furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de forma lor de înființare și organizare), sau actul de înființare sau organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care solicită să le contracteze(pentru ceilalți furnizori);
- autorizație sanitară de funcționare nr. /raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege,
- dovada de evaluare a furnizorului nr.,
- cod de înregistrare fiscală – cod unic de înregistrare, sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal,
- cont nr., deschis la Trezoreria statului, sau cont nr., deschis la Banca,

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România (pentru fiecare medic dentist) nr.....,
- certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. (pentru personalul mediu sanitar) nr.....,
- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentiști nr.....,
- dovada prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor nr.....,

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - pentru radiografia dentară retroalveolară și panoramică efectuate de medicii de medicină dentară -

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat

ANEXA 15

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare-reabilitare a sănătății (pentru unitățile sanitare ambulatorii de recuperare)

I. Părțile contractante

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

Și

- unitățile ambulatorii de recuperare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, reprezentată prin

- cabinetul medical de specialitate, organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, reprezentat prin

- societatea de turism balnear și de recuperare, constituită conform Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și care îndeplinește condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobată cu modificările și completările ulterioare prin Legea nr. 143/2002, reprezentată prin

- ambulatoriul integrat din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor și Infrastructurii, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;
având sediul în municipiul/orașul, str..... nr., județul/sectorul....., telefon.....fax....., e-mail.....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare

ART. 2 Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății asiguraților, conform anexei nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, se face de către următorii medici:

1.;
2.;
3.

ART. 4 Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare a sănătății.

IV. Durata contractului

ART. 5 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2010.

ART. 6 Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

V. Obligațiile părților

ART. 7 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

1. să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, autorizați și evaluați, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea, și valoarea de contract a fiecăruia; în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract și să actualizeze permanent această listă în funcție de

modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

2. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;

3. să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

4. să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

5. să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale recuperare-reabilitare a sănătății procesele-verbale și/ sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;-

6. să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală, a unor materiale sanitare și dispozitivele medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia ;

7. să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă al medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

8. să deconteze contravaloarea serviciilor medicale numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

9. să deconteze serviciile medicale de recuperare-reabilitare numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe țară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

10. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile respectării prevederilor de la art. 48 alin. (2) din Contractul-cadru aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și numai în condițiile în care furnizorul furnizorul respectiv nu are contract încheiat și cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării,

Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și / sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului.

11. să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

ART. 8 Furnizorul de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății are următoarele obligații:

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

2. să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

3. să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru și normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară – bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

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

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

9. să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcției de sanătate publică județene sau a municipiului București, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, program asumat prin prezentul contract; avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 30 de zile de la data semnării contractului;

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

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

12. să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe țară și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul;

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

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

16. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 ;

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

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

19. să asigure acordarea asistenței medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

20. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

21. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractului-cadru aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și în normele metodologice de aplicare a acestuia;

22. să acorde servicii de asistență medicală de recuperare-reabilitare a sănătății asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor cronice prevăzute în norme, pentru care se organizează evidența distinctă la nivelul medicului de familie și al medicului de specialitate din ambulatoriu, și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate și pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare și tratament pentru minimum 6 luni. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

23. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală după caz, a biletului

de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este prevăzut în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

24. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și a recomandărilor pentru investigații medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

25. să întocmească liste de prioritate pentru servicii medicale programabile, dacă este cazul;

26. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

27. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

28. să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

29. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

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

31. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform unui buget orientativ, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

32. să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

33. să raporteze în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și trimestrial mișcarea acestora;

34. să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate

VI. Modalități de plată

ART. 9 Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical – consultație și tariful pe caz,

exprimate în lei, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

ART. 10

(1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical*/caz*	Valoare - lei -
0	1	2	3=1x2
Servicii medicale - consultații			
Servicii medicale - cazuri			

* Tariful pe serviciu medical - consultație și tariful pe serviciu medical - caz sunt cele prevăzute în anexa nr. 7 la ordin și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale – consultații și numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății; în situația în care baza de tratament nu se află în structura rețelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătății sau aparține unor ministere cu rețele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea serviciilor medicale – consultații și numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății la nivelul tarifelor din anexa nr. 7 la ordin, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unităților, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele și materialele sanitare.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de lei.

ART. 11 (1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultații și a numărului de cazuri de recuperare – reabilitare a sănătății realizate și a tarifelor pe serviciu medical – consultație și a tarifului pe serviciu – medical - caz , în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni , pe baza facturii și a documentelor justificative depuse de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de.....

(2) Suma contractată se defalcchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră:

Suma anuală contractată este de lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei
- luna V lei
- luna VI lei
- Suma aferentă trimestrului III lei,
din care:
- luna VII lei
- luna VIII lei
- luna IX lei
- Suma aferentă trimestrului IV lei,
din care:
- luna X lei
- luna XI lei
- luna XII lei.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de recuperare-reabilitare din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat.

ART. 12 Plata serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr., deschis la Trezoreria statului, sau contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

ART. 13 Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 14 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 15 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 16 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, mari inundații, embargo.

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

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

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

ART. 17 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

ART. 18 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, conform prezentului contract se diminuează contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au produs aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului, inclusiv fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul și de unele materiale sanitare și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se diminuează contravaloarea serviciilor de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au produs aceste situații, conform prevederilor lit. a), b) și c), pentru fiecare dintre aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 18, 21, 25 și 26 se va diminua contravaloarea serviciilor de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) Reținerea sumelor conform prevederilor alin. (1) și alin. (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 pct. 33, consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate;

(6) pentru cazurile prevăzute la alin. (1) și (2) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

ART. 19 Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

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

f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 8 pct. 1), 3), 10), 12), 13), 16), 17), 19), 20) și 27) precum și constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale casei de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 8 pct. 2), 5), 6), 7), 8), 9), 11), 14), 15), 18), 21) și 26);

h) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

j) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 44 alin. (5) din Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și art. 8 pct. 22), 23) și 32) din prezentul contract;

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1) și (2), pentru fiecare situație, precum și pentru obligația prevăzută la art. 8 pct. 24;

ART. 20 Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul de servicii medicale de recuperare se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

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

d) acordul de voință al părților;

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

f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

ART. 21 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

a) încetarea valabilității autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia/acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în această situație.

e) nerespectarea de către furnizorul de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății a termenelor de plată a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care acesta își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului.

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate, se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante, până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condițiile stabilite prin Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

ART. 22 (1) Situațiile prevăzute la art. 19 și la art. 20 lit. b), c), f) și g) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 20 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 23 Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante datorită neîndeplinirii obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XI. Corespondența

ART. 24 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 25 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

ART. 26 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală de recuperare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 27 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă încetează valabilitatea a autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția actualizării autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 28 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

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

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

Director executiv al Direcției economice,
.....

Director executiv al Direcției Relații contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

Anexă la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare - reabilitare a sănătății nr.....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate și certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr.,

- certificat de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr.....
(pentru furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de forma lor de înființare și organizare), sau actul de înființare sau organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care solicită să le contracteze(pentru ceilalți furnizori);

- autorizație sanitară de funcționare nr. /raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege

- dovada de evaluare a furnizorului nr.;

- cod de înregistrare fiscală – cod unic de înregistrare nr., sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal

- cont nr. deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. deschis la Banca

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;
- lista personalului medico-sanitar care își exercită profesia la furnizor și programul de lucru al acestuia;
- dovada prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor nr.....;
- certificat de membru al Colegiului Medicilor din România (pentru fiecare medic) nr.....;
- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii nr.....;
- certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. (pentru personalul mediu sanitar) nr.....;
- autorizație de liberă practică nr....., după caz
- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate
- lista cu tipul și numărul de aparate aflate în dotare;
- lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie;

ANEXA 16

PACHET DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitalicești pentru patologia care necesită internare în condițiile prevăzute la art. 60 alin. (3) lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

B. Servicii medicale spitalicești care nu necesită internarea, prestate în regim de spitalizare de zi. Un serviciu medical spitalicesc prin spitalizare de zi reprezintă

totalitatea investigațiilor, tratamentelor și procedurilor medicale acordate pentru rezolvarea unui caz.

1. În unitățile spitalicești, tipurile de servicii medicale ce pot fi furnizate în regim de spitalizare de zi sunt:

1.1. servicii medicale prezentate la pct. 2 lit. a) - n).

1.2. servicii medicale - caz rezolvat pentru situațiile care nu necesită spitalizare continuă, altele decât cele prevăzute la pct. 1.1 și care sunt acordate de către medicii din unitățile sanitare cu paturi în cadrul programului normal de lucru, inclusiv monitorizarea bolilor cronice pentru care aprobarea unor medicamente se realizează prin comisiile organizate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în acest scop, precum și serviciile acordate de către medicii din camerele de gardă și din structurile asimilate acestora, în cadrul programului normal de lucru; tariful pe caz rezolvat este cel negociat de casele de asigurări de sănătate cu unitățile spitalicești, conform notei de fundamentare a tarifului completată prin utilizarea modelului prevăzut în anexa nr.

.....

Pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în camerele de gardă sau în structurile asimilate acestora din cadrul spitalelor, care nu necesită internare prin spitalizare continuă, se întocmește o fișă pentru spitalizare de zi după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare.

2. Serviciile medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi ce se pot acorda în unități sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, sunt cele prevăzute la punctul 1.2, precum și serviciile medicale de mai jos cu tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate, aferente:

	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate (lei/serviciu medical)
a) - Radioterapie	8,50/câmp
b) - Chimioterapie*)	48,50/ sedinta
d) - Litotritie	350,00/sedinta
e) - Implant de cristalin**)	247,54
f) - Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală	28,93
g) - Servicii medicale de oftalmologie: - eviscerație, orjelet, glaucom, pterigion, entropion, strabism, crioaplicație, electrorezecție	48,57
h) - Servicii medicale ortopedie: - halux valgus, artroscopie genunchi, chist sinovial, Dupuytren, bursită genunchi, bursită cot, ruptură chist sinovial picior, secțiune tendoane picior, secțiune tendoane mână, amputație deget mână, chist sinovial picior	128,66
i) - Servicii medicale ORL: - rezecție septală, amigdalectomie, adenoidectomie, excizie formațiune tumorală, polipectomie nazală	116,15
j) - Servicii medicale flebologie (operație flebologie)	92,09
k) - Anestezie (numai ca urmare a unui serviciu medical prevăzut la pct. B): - rahianestezie - anestezie generală inhalatorie - anestezie de contact și infiltrație - anestezie locoregională de infiltrație - anestezie locală - anestezie generală	239,38 158,11 46,06 114,99 16,63 300,00
l) - Chirurgie maxilo-facială/chirurgie orodentară Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus), regularizare creastă hemiarcadă, tratament hiperostoza tuberozitară Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare,	86,80

excizia hiperplaziei de mucoasă, extirparea formațiunilor tumorale (osoase - de părți moi), adâncirea șanțului vestibular sau lingual, superior sau inferior, alveoloplastie, rezecție apicală cu obturație/fără obturație, amputație radicală, premolarizare, metoda chirurgicală ortodontică (tunelizare)	
- dinți ectopici, dinți din focarul de fractură, excizia bridelor	57,87
- operație cu lambou	190,95
- corecție fren, infiltrație trigeminală	26,62
m) - amniocenteză***)	600,00
n) - biopsie de vilozități coriale***)	600,00
o) - Servicii de mica chirurgie: tumorete, lipoame, plagi, abcese, chisturi,	128,66

*) Tariful nu cuprinde medicamentele și materialele specifice nominalizate prin programul național cu scop curativ și suportate din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ.

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare.

***) Biopsia de vilozități coriale se deconteaza la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, numai de către medicii de specialitate obstetrică ginecologie cu supraspecializare în medicină fetală.

NOTĂ:

1. Tarifele cuprind toate cheltuielile aferente serviciului medical (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare, investigații medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operație, precum și cheltuieli indirecte, în condițiile în care se utilizează medicamente, materiale sanitare și tehnologii avansate).

2. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie. Serviciile medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie decontează numai în baza biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și a fișelor de solicitare prezentate în anexa nr. 18, care se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract, în următoarele condiții:

- afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare;
- urgențe medico-chirurgicale majore, după cum urmează:

Explorări computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă , cu dilacerare de părți moi și/sau afectare de organe interne

2. monotraumatisme:

- cranio-cerebrale
- coloană vertebrală
- torace
- abdomino-pelvine
- fracturi cominutive și/sau deschise cu interesare de vase ale extremităților

3. hemoragii interne (după stabilizarea funcțiilor vitale)

4. accidente cerebro-vasculare acute și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical

5. insuficiență respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară

6. urgențe abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatită acută, peritonită, ocluzie intestinală, ischemie mezenterică, anevrism aortic etc.)

7. meningo-encefalită acută

8. stări comatoase

Examenul CT va înlocui examenul RMN la asigurații cu contraindicații (prezență de stimulative cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni)

Explorări prin rezonanță magnetică nucleară (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare
2. accidente vasculare cerebrale și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizate CT
3. patologia oncologică indiferent de localizare
4. necroza aseptică de cap femural
5. urgențe în patologia demielizantă (nevrita optică; parapareze brusce instalate)

Examenul RMN va înlocui examenul CT la asigurații cu contraindicații (insuficiență renală, insuficiență cardiacă severă, sarcină, alergii la substanțele de contrast iodate)

Explorări scintigrafice

1. tromboembolismul pulmonar
2. accidente coronariene acute
3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent

Explorări angiografice:

- afecțiuni vasculare indiferent de localizare

CAPITOLUL II

Pachet minimal de servicii medicale în asistența medicală spitalicească

În situația în care pacientul nu poate dovedi achitarea la zi a contribuției datorate la fond, spitalul acordă serviciile medicale pentru situațiile de urgență având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să îl externeze dacă serviciile medicale de urgență nu se mai justifică. La solicitarea pacientului se poate continua internarea cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitalicești de către acesta.

Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților beneficiari ai pachetului minimal de servicii medicale sunt:

- situațiile de urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial până la rezolvarea situației de urgență ;
- boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului .

CAPITOLUL III

Pachet de servicii medicale spitalicești pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

- urgențe medico-chirurgicale în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, până la rezolvarea situației de urgență;
- boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.

ANEXA 16 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi.

1. Ștutul de funcții
2. Execuția bugetului instituției sanitare publice la data de 31.12.2009
3. Ultima formă a bugetului de venituri și cheltuieli pentru anul 2009, valabilă la 31.12.2009, aprobată de ordonatorul de credite.

4. Lista investigațiilor paraclinice / serviciilor medicale clinice – consultații interdisciplinare, efectuate în alte unități sanitare: nr., tipul, valoare și nr. de bolnavi internați pentru care au fost efectuate aceste servicii.
5. Stocul de medicamente, materiale sanitare și reactivi la 01.01.2009 și la 31.12.2009.
6. Fișa de fundamentare a tarifului pentru anul 2010 pe elemente de cheltuieli *)

mii lei		
ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificație bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I+II+VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizații de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanță	10.01.09	
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10.01.12	
Indemnizații de delegare	10.01.13	
Indemnizații de detașare	10.01.14	
Alocații pentru locuințe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuții	10.03	
Contribuții de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuții de asigurări de șomaj	10.03.02	
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10.03.04	
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10.03.06	
Contribuții la fondul de garantare a creanțelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII -TOTAL	20	
Bunuri și servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curățenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat și forță motrică	20.01.03	
Apa, canal și salubritate	20.01.04	
Carburanți și lubrifianți	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poșta, telecomunicații, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20.01.09	
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20.01.30	

Reparații curente	20.02	
Medicamente și materiale sanitare	20.04	
Hrana	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanți	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detașări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detașări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărți, publicații și materiale documentare	20.11	
Consultanță și experiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecția muncii	20.14	
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol și reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acțiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico – sociale	51.01.38	
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51.01.08	
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51.02.12	

*)Se completează pentru fiecare secție/compartiment pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat , pe bază de tarif pe zi de spitalizare și pentru fiecare structură de spitalizare de zi pentru care plata serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi se face pe caz

ANEXA 16 B

DEȘAȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE PENTRU CARE SPITALUL NU DEȚINE DOTAREA NECESARĂ SAU APARATURA EXISTENTĂ ÎN DOTAREA ACESTUIA NU ESTE FUNCȚIONALĂ) ȘI AL CONSULTAȚIILOR INTERDISCIPLINARE, EFECTUATE PENTRU PACIENȚII

**INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE, PE BAZA RELAȚIILOR
CONTRACTUALE STABILITE ÎNTRE UNITĂȚILE SANITARE (CONFORM ART. 71
DIN CONTRACTUL-CADRU)**

UNITATEA SANITARĂ CU PATURI
 LOCALITATEA
 JUDEȚUL
 CONTRACT ÎNCHEIAT CU CAS.NR.....

**1. DESFĂȘURĂTORUL LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE
EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE**

LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile medicale paraclinice¹⁾.....
 (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări
 de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de
 sănătate)

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice efectuate	Număr investigații paraclinice efectuate	Tarif/investigație paraclinică contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
	TOTAL		x	

¹⁾ Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări

**2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE
EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE**

LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile paraclinice¹⁾.....
 (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări
 de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de
 sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul investigației paraclinice efectuate	Nr. investigații paraclinice	Tariful investigației efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4*C5
				x	
	Subtotalul investigațiilor paraclinice efectuate pe un				

CNP					
.....					
..					
TOTAL					

¹⁾ Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 1.

Total col. C6=total col. C5 din tabelul de la pct. 1.

3. DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE – CONSULTAȚII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE

LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice¹⁾.....
(date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul consultației interdisciplinare efectuate	Număr consultații interdisciplinare efectuate	Tarif/consultație interdisciplinară contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			x	

¹⁾ Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări

4. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE – CONSULTAȚII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE

LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice¹⁾.....
(date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul consultației interdisciplinare efectuate ^{*)}	Nr. consultații interdisciplinare	Tariful consultației interdisciplinare efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5

	Subtotalul consultatiilor interdisciplinare din specialitățile clinice efectuate pe un CNP			x	
..					
..					
	TOTAL				

¹⁾ Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3

Total col. C6 = tot. col. C5 din tabelul de la pct. 3

5. DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, CARE NECESITĂ CONDIȚII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAȚIILOR ȘI INVESTIGAȚIILOR PARACLINICE

LUNA ANUL

Unitatea specializată care a furnizat serviciile de transport¹⁾

.....
(date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>	<i>C5=C3xC4</i>
	TOTAL		x	

¹⁾ Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc

6. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, CARE NECESITĂ CONDIȚII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAȚIILOR ȘI INVESTIGAȚIILOR PARACLINICE **LUNA ANUL**

Unitatea specializată care a furnizat serviciile de transport¹⁾

.....
(date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul serviciului de transport interspitalicesc ¹⁾	Nr. servicii de transport intrerspitalicesc	Tariful/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotal pe un CNP				x	
..					
..					
TOTAL					

¹⁾ Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3

Total col. C6 = tot. col. C5 din tabelul de la pct. 3

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....

NOTĂ:

Desfășurătoarele se întocmesc lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

ANEXA 17

CONDIȚIILE

acordării serviciilor medicale în unități sanitare cu paturi și modalitățile de plată ale acestora

SPITALE

ART. 1 Serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații sunt: servicii medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă și spitalizare de zi.

ART. 2 Serviciile medicale spitalicești se acordă sub formă de:

1. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare și paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv;

2. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienții care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore și pot fi servicii medicale programabile sau neprogramabile.

ART. 3. Serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, pot face obiectul unui act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice sau obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, cu excepția serviciilor de hemodializă pentru care se încheie contract distinct. Actul adițional / contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești prevăzut în Anexa 20 la ordin.

Tarifele/servicii medicale se negociază pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, și nu pot fi mai mari decât tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Tariful/caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, și nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat: sistem DRG și tarif mediu pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, aferent spitalelor aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești;

- 1/3 din tariful mediu/caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă cel mai mic aferent spitalelor aflate în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

ART. 4 (1) Furnizarea de servicii medicale spitalicești se acordă în baza contractelor și a actelor adiționale încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi – în funcție de care se stabilește capacitatea maximă de funcționare:

1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere și numărul de posturi aprobate, potrivit legii;

2. număr de paturi stabilit potrivit structurii spitalelor aprobată prin ordin al ministrului sănătății;

3. nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor stabilit prin ordin al ministrului sănătății;

4. număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor pe tipuri de solicitare;

5. durata optimă de spitalizare stabilită de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății și prevăzută în anexa nr. 19 la ordin, sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată, pentru secțiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea optimă, dar nu mai mică de 75% față de aceasta;

6. număr de cazuri externe - spitalizare continuă, calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului, potrivit structurii aprobate și normativelor în vigoare, pe secții și compartimente;

7. indice de complexitate a cazurilor;

8. număr de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi și număr cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi;

9. numărul și tipul investigațiilor paraclinice estimate a se realiza de către spitale, în regim ambulatoriu;

10. tarif pe caz rezolvat (DRG);
11. tarif mediu pe caz rezolvat;
12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat.
13. tarif pe zi de spitalizare.

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitalicești acordate în funcție de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură și de încadrarea cu personalul de specialitate;

2. infecții nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

3. gradul de operabilitate înregistrat pe secțiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

5. numărul de cazuri de urgență medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgență (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;

6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractați pentru anul 2009, sau pentru perioada corespunzătoare, după caz.

(2) Spitalele vor prezenta caselor de asigurări de sănătate, în vederea contractării, nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management.

ART. 5 (1) Valoarea totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecțiunile acute, care se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate x indice case-mix pentru anul 2009 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2010

1. Număr de cazuri externate

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital și pe secție se vor avea în vedere următoarele:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate de Ministerul Sănătății) și al județului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție/compartiment în anul 2010, în funcție de numărul de paturi aprobat, de nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor și de durata optimă de spitalizare/durata efectiv realizată, cu respectarea prevederilor art. 4, alin. (1), lit. a), după caz.

Pentru secțiile chirurgicale, numărul de cazuri externate obținut în condițiile prevăzute mai sus se diminuează în funcție de gradul de operabilitate realizat în anul 2009 comparativ cu cel optim care este de 70% din numărul total de externări din anul 2009. În acest sens, se au în vedere prevederile art. 4, alin. (1), lit. a), pct. 1 cu privire la existența personalului de specialitate, necesar pentru asigurarea minimului de siguranță a serviciului medical.

Pentru secțiile medicale, numărul de cazuri externate, obținut în condițiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2009 pentru care nu se justifică internarea.

Numărul de externări diminuat atât pentru secțiile chirurgicale, cât și pentru secțiile medicale poate fi contractat numai ca servicii medicale/cazuri rezolvate efectuate în regim de spitalizare de zi, respectiv cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în camerele de gardă, respectiv structurile asimilate acestora din cadrul

spitalelor, ca și cazuri rezolvate în spitalizare de zi, cu încadrarea în valoarea de contract.

Pentru situațiile în care se constată reinternarea cazului externat, pentru patologie de același tip, în termen de 48 de ore de la externare, numărul de cazuri externate care pot fi contractate se diminuează corespunzător.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ține seama și de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează și raportează trimestrial evidența acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică.

2. Indicele de case-mix pentru anul 2009 se calculează pentru fiecare spital pe baza numărului și a tipurilor de cazuri raportate în perioada 1 ianuarie 2009 - 31 decembrie 2009. Numărul de cazuri ponderate se obține prin înmulțirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

Indicele de case-mix este prezentat în anexa nr. 17 a) la ordin.

3. Tariful pe caz ponderat pentru anul 2010 este prezentat în anexa nr. 17 a) la ordin și se stabilește pentru fiecare spital.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate (grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel național și limitele superioare și inferioare ale intervalului de normalitate al duratei de spitalizare pentru fiecare grupă de diagnostic, precum și definirea termenilor utilizați) sunt prevăzute în anexa nr. 17 b) la ordin.

În situația în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin are în structură secții/compartimente de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri sau îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);

b) suma pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale, care se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate x durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare

1. Numărul de cazuri externate

Numărul de cazuri externate pe spitale/secții/compartimente se negociază în funcție de:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate de Ministerul Sănătății) și al județului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție în anul 2010, în funcție de numărul de paturi aprobat, de gradul de utilizare a paturilor la spitalul/secția/compartimentul respectiv și de durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata efectiv realizată, pentru secțiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mica decât cea optimă, dar nu mai mica de 75% față de aceasta.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secție/compartiment se ține seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ține evidența acestor indicatori.

2. Durata optimă de spitalizare stabilită de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății pe secții este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în anexa nr. 19 la ordin. Pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de

lungă durată (ani) se ia în considerare durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești.

4. Pentru secțiile medicale, numărul de cazuri externate, obținut în condițiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2009 pentru care nu se justifică internarea.

Pentru situațiile în care se constată reinternarea cazului externat, pentru patologie de același tip, în termen de 48 de ore de la externare, numărul de cazuri externate care pot fi contractate se diminuează corespunzător.

5. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabilește astfel:

Număr de paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat.

c) suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acută (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din spitalele de cronici și de recuperare, care se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate x tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități;

1. Număr de cazuri externate

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital și pe secție/compartiment se vor avea în vedere următoarele:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate de Ministerul Sănătății) și al județului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție/compartiment în anul 2010, în funcție de numărul de paturi aprobat, de nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor și de durata optimă/durata efectiv realizată de spitalizare cu încadrarea în sumele aprobate cu această destinație spitalului.

Pentru secțiile chirurgicale, numărul de cazuri externate obținut în condițiile prevăzute mai sus se poate diminua prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate în funcție de gradul de operabilitate realizat în anul 2009 comparativ cu cel optim care este de 70% din numărul total de externări din anul 2009.

Pentru secțiile medicale, numărul de cazuri externate, obținut în condițiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2009, pentru care nu se justifică internarea.

Pentru situațiile în care se constată reinternarea cazului externat, pentru patologie de același tip, în termen de 48 de ore de la externare, numărul de cazuri externate care pot fi contractate se diminuează corespunzător.

Numărul de externări diminuat atât pentru secțiile chirurgicale, cât și pentru secțiile medicale se contractează numai ca servicii medicale/cazuri rezolvate acordate în regim de spitalizare de zi, respectiv cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în camerele de gardă, respectiv structurile asimilate acestora din cadrul

spitalelor, ca și cazuri rezolvate în spitalizare de zi, cu încadrarea în valoarea de contract.

Numărul anual de cazuri externate negociat și contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ține seama și de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent. În acest scop, spitalele vor ține evidența acestor indicatori.

2. Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități

Tariful mediu pe caz rezolvat se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului și indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2009 și sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația servicii medicale spitalicești.

În situația în care unul din spitale are în structură secții/compartimente de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri și îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor lit. b);

d) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, decontată din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

e) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și în cabinete de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru cabinetele prevăzute la art. 47 alin. (2) lit. b) din Contractul-cadru;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanțată din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

h) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unitățile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât și pentru spitalizare de zi, tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv - pentru spitalele finanțate în sistem DRG;

- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relație contractuală

cu casa de asigurări de sănătate - pentru spitalele finanțate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități.

- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat: sistem DRG și tarif mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale.

Suma contractată de către spital pentru servicii de spitalizare de zi, nu poate depăși 20% din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, astfel:

- pentru spitalele care în anul 2009 au realizat valori ale indicatorilor contractați în regim de spitalizare de zi și care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate, mai mari de 20% față de valoarea decontată pentru indicatorii realizați în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări contractează indicatori pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2010, în limita a maxim 20%, cu excepția unităților sanitare de monospecialitate, care derulează programe naționale de sănătate.

- pentru spitalele care în anul 2009 au realizat valori ale indicatorilor contractați în regim de spitalizare de zi și care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate, mai mici de 20% față de valoarea decontată pentru indicatorii realizați în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări contractează indicatori pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2010, cu creștere de maxim 5% peste valoarea anului 2009, dar fără a depăși 20% din valoarea totală contractată pentru spitalizare continuă.-

(2) Sumele de la lit. d) și e) ale alin. (1) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la lit. f), g) ale alin. (1) sunt prevăzute distinct în actele adiționale la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camera de gardă și în structurile asimilate acestora din cadrul spitalelor, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat.

Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor, sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă și sunt decontate prin tarif pe caz rezolvat. Numărul de cazuri și tariful aferent acestora se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

ART. 6 (1) La contractarea serviciilor medicale spitalicești casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate după ce s-a dedus suma aferentă serviciilor medicale paraclinice ce se pot efectua în ambulatoriu de către unitățile sanitare cu paturi și de către furnizorii de servicii medicale –investigații paraclinice în laboratoarele/punctele de lucru din structura acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare.

(2) Diferența de 5% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează pentru:

- contractarea și decontarea serviciilor prevăzute la art. 47 alin. (2) lit. b) din Contractul-cadru,

- decontarea cazurilor externate prevăzute la art. 75 din Contractul-cadru,-

- decontarea sumelor reprezentând depășirea valorii trimestriale de contract cu maximum 5% din valoarea acesteia pentru spitalele clinice de urgență care au peste 5.000 de cazuri externate/lună, respectiv 60.000 de cazuri externate/an,

- decontarea numărului de cazuri realizate din secțiile de obstetrică și neonatologie ce depășește numărul de cazuri contractat, dar nu peste capacitatea maximă a secției, la un tarif ce reprezintă 30% din tariful pe caz ponderat

- alte situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, după caz.

ART. 7 Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2010 cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv sumele care nu au fost contractate inițial, se contractează de către casele de asigurări de sănătate prin acte adiționale la contractele inițiale pentru anul 2010. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii inițiale de contract/actelor adiționale, precum și nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractați în perioada de la începutul anului și până la sfârșitul lunii anterioare celei în care se semnează actul adițional.

ART. 8. - Sumele pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi de unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii și care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, se determină prin înmulțirea numărului de servicii medicale spitalicești / cazuri rezolvate cu tarifele negociate aferente acestora. Tarifele sunt stabilite conform prevederilor art. 3.

ART. 9 (1) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate și raportate de către spital, din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- indicele de case-mix prevăzut în anexa nr. 17 a) la ordin;

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2010.

2. Regularizarea trimestrială în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul total de cazuri externate, raportate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv. (Validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate); numărul de cazuri astfel nu poate depăși un număr maxim de cazuri calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului, raportată la prevederile art. 4, alin. (1), lit. a).

- indicele de case-mix realizat pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, dar nu mai mare decât cel stabilit pentru anul 2010, prin anexa 17a.

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2010;

- coeficientul k al cazurilor extreme (ca durată de spitalizare). Acest coeficient se calculează trimestrial de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, pe baza cazurilor externate raportate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv. Modalitatea de calcul al coeficientului k este prevăzută în anexa nr. 17 b) la ordin.

În situația în care numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, este mai mic decât cel contractat, iar numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi a crescut, dar fără a depăși 20% din valoarea contractată pentru servicii în regim de spitalizare continuă,

numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi ce depășește numărul de cazuri ponderate contractat se decontează la tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în valoarea de contract.

În situația în care atât numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât numărul de cazuri ponderate, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractate, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care atât numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât numărul de cazuri ponderate, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractat, se poate accepta la decontare o depășire de maximum 5% atât a numărului de cazuri ponderate ce se vor deconta la un tarif care reprezintă 50% din tariful pe caz ponderat, cât și a cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depășiri dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, și dacă această creștere se regăsește ca economii înregistrate la sumele care se decontează din fondul alocat asistenței medicale spitalicești la alte spitale/secții din județul respectiv, cu încadrarea în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective și în condițiile art. 5, alin. (1), lit. h);

b) serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează în limita sumei contractate în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate (validarea și invalidarea se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- durata optimă de spitalizare pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;

- durata efectiv realizată pentru situațiile la care nu este prevăzută durată optimă;

- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secțiilor de psihiatrie cronici, de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), recuperare pediatrică – distrofici, neonatologie - prematuri mici și foarte mici și TBC, serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, fără a se depăși durata optimă pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Trimestrial se fac regularizări și decontări în limita sumei contractate în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv (validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- durata optimă de spitalizare pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;

- durata efectiv realizată pentru situațiile la care nu este prevăzută durată optimă;
- tariful pe zi de spitalizare.

În situația în care numărul de cazuri externate este mai mare decât numărul cazurilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare această depășire dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, și dacă creșterea numărului de cazuri realizate se regăsește în reducerea numărului de cazuri contractate din alte spitale/secții din județul respectiv, iar această depășire se încadrează în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective.

Serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează ținându-se seama de durata optimă de spitalizare/durata efectiv realizată, după caz; în situația în care asiguratul este transferat în aceeași unitate sanitară, de la o secție la alta de același profil, spitalul va raporta în vederea decontării un singur caz rezolvat, luându-se în calcul durata optimă de spitalizare pentru specialitatea respectivă. În cazul spitalelor/secțiilor de psihiatrie cronici pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), decontarea se face în funcție de durata de spitalizare efectiv realizată.

Pentru monitorizarea eficienței managementului de spital, a utilizării judicioase a fondurilor alocate, în cadrul regularizării trimestriale, casele de asigurări de sănătate au în vedere corelarea corespunzătoare a indicatorilor contractați și realizați pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu rezultatele analizei trimestriale efectuată de către direcțiile de sănătate publică și transmisă în acest scop caselor de asigurări.

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale paliative în regim de spitalizare, în funcție de numărul de zile de spitalizare realizat în limita numărului de zile de spitalizare contractat, de durata efectiv realizată și de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi;

c) serviciile medicale spitalicești, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (aprobat prin ordin al ministrului sănătății ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de cronici și de recuperare, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate, se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate (validarea și invalidarea se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

2. Regularizarea trimestrială, în limita sumei contractate, se face în funcție de:

- numărul de externări realizate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv (validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management

Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat,

În situația în care numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, este mai mic decât cel contractat, iar numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi a crescut, numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi ce depășește numărul de cazuri externate contractate se decontează la tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în valoarea de contract.

În situația în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractat, se acceptă la decontare o depășire de maximum 5% atât a numărului de externări ce se vor deconta la un tarif care reprezintă 50% din tariful negociat, cât și a cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depășiri dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, și dacă această creștere se regăsește ca economii înregistrate la sumele care se decontează din fondul alocat asistenței medicale spitalicești la alte spitale/secții din județul respectiv, cu încadrarea în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective;

d) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice se decontează în limita sumelor aferente subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ;

e) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și în cabinete de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului, decontată din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru cabinetele prevăzute la art. 47 alin. (2) lit. b) din Contractul-cadru;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, decontată din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

h) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale

spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unitățile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât și pentru spitalizare de zi, tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv (pentru spitalele finanțate în sistem DRG);

- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate (pentru spitalele finanțate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități).

- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat: sistem DRG și tarif mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale.”

(2) Spitalele sunt obligate să acopere cheltuielile privind investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională, cu încadrarea în bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, cât și suma aferentă consultațiilor interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 60 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 35% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

ART. 10 (1) Serviciile de hemodializă în insuficiența renală cronică, acordate în unități sanitare cu paturi, respectiv în unități sanitare autorizate și avizate, după caz, de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, se contractează de casele de asigurări de sănătate cu unitățile sanitare sus-menționate și se decontează din fondul aprobat cu destinația servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală.

(2) Pentru serviciile de hemodializă în insuficiența renală cronică casele de asigurări de sănătate țin evidențe distincte.

ART. 11 Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav.

Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin

confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilite prin acte normative. Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort stabilite de fiecare unitate furnizoare și cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 12 (1) Spitalele sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați și avizate de șeful de secție și managerul spitalului, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile contractului-cadru și prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor și se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 13 (1) Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă numai pe bază de recomandare medicală asiguraților numai în următoarele condiții:

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

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și a fișelor de solicitare, potrivit modelelor prevăzute în anexa nr. 18 la ordin, care se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract. La fișa de solicitare se atașează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică atât pacienților internați, cât și asiguraților cărora li se recomandă aceste servicii medicale în regim ambulatoriu. Pentru pacienții internați nu se aplică prevederea prin care se solicită bilet de trimitere pentru serviciile medicale de înaltă performanță menționate la alin. (1).

ART. 14 Spitalele care au în structura proprie dispensare medicale fără medic, suportă din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suma aferentă funcționării acestora. Personalul mediu sanitar din aceste dispensare acordă primele îngrijiri în caz de boală sau accident, în cadrul unui program de lucru întocmit de spitalul în structura căruia se află dispensarul medical.

ART. 15 Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate:

a) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, cu excepția transportului efectuat de serviciile publice de ambulanță pentru pacienții care nu se află în stare critică și care se află în unitățile sau compartimentele de primiri urgențe și care necesită transport la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparținând unității sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, decontat de casa de asigurări de sănătate din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transport sanitar; sumele plătite de către spitale pentru transportul interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a

diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa 16 B.

b) suma aferentă consultațiilor interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru consultațiile interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa 16 B.

ART. 16 Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

ART. 17 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spitale pe trimestre și luni, cu acordul direcțiilor de sănătate publică sau al ministerului, în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

(2) Casa de asigurări de sănătate decontează, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, dar numai după îndeplinirea obligației prevăzută la art. 66 alin. (1) lit. e) din contractul-cadru, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate.

Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, a cazurilor care necesită internate în secțiile de obstetrică și neonatologie și a bolilor cu potențial endemo-epidemic.

(5) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați și, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, direcțiilor de sănătate publică sau ministerelor, în funcție de subordonare, și caselor de asigurări de sănătate execuția bugetului de venituri și cheltuieli. Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la aceasta dată, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 18 Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, precum și cu medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii ce-și desfășoară activitatea în aceste unități.

Modelul de convenție este cel prevăzut în anexa nr. 37.

Serviciile medicale spitalicești pot fi acordate asiguraților și pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

ART. 19 Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către Comitetul director, care răspunde, în condițiile legii, de realitatea și exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției.

ART. 20 Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitalicești sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoștință Ministerului Sănătății sau celorlalte ministere, în funcție de subordonare, și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situație, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății, respectiv ai ministerului de resort, precum și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluționează divergențele.

ART. 21 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală spitalicească, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 22 Furnizorii de servicii medicale spitalicești vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare și a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, documentele prevăzute în anexa nr. 16A.

ANEXA 17A

LISTA SPITALELOR FINANTATE CA TARIF PE CAZ REZOLVAT, ICM SI TCP AFERENT

Cod CNAS	Denumire CNAS	ICM 2009*	Tarif pe caz ponderat TCP 2010 (lei)
AB01	Spitalul Judetean de Urgenta Alba Iulia	1,0557	1.390
AB03	Spitalul Municipal Blaj	0,8803	1.390
AB04	Spitalul Orasenesc Abrud	0,7332	1.472
AB05	Spitalul Municipal Aiud	0,9174	1.390
AB06	Spitalul Orasenesc Câmpeni	0,9043	1.390
AB07	Spitalul Orasenesc Ocna Mures	0,7484	1.390
AB08	Spitalul Municipal Sebes	0,8635	1.390
AB09	Spitalul Orasenesc Cugir	0,7115	1.390
AB10	Spitalul Orasenesc Zlatna	0,6360	1.390

AG01	Spitalul Judetean Pitesti	1,0650	1.390
AG02	Spitalul de Pediatrie Pitesti	0,9868	1.475
AG05	Spitalul Municipal Câmpulung	0,8158	1.390
AG06	Spitalul Orasenesc "Regele Carol I" Costesti	0,9400	1.390
AG07	Spitalul Municipal Curtea de Arges	0,7986	1.390
AG08	Spitalul Orasenesc "Sf. Spiridon" Mioveni	0,8734	1.390
AG12	Spitalul "Dr. Teja Papahagi" Domnesti	0,7460	1.390
AR01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Arad	1,1801	1.390
AR02	Spitalul Municipal Clinic Arad	1,1630	1.390
AR03	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. Salvator Vuia" Arad	0,8078	1.390
AR05	Spitalul Orasenesc Ineu	0,8619	1.390
B_01	Spitalul Clinic "Sf. Maria" Bucuresti	0,9114	1.672
B_02	Spitalul Clinic de Urgenta Bucuresti	1,3817	1.792
B_03	Spitalul Clinic de Urgenta de Chirurgie Plastica, Reparatrice si Arsuri Bucuresti	1,5176	2.471
B_04	Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" Bucuresti	0,8241	1.750
B_05	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Gr. Alexandrescu" Bucuresti	1,1613	1.390
B_06	Spitalul Clinic "Filantropia" Bucuresti	0,7157	1.390
B_08	Spitalul Clinic de Urgente Oftalmologice Bucuresti	0,6183	1.390
B_09	Spitalul Clinic de Chirurgie Oromaxilofaciala "Prof. Dr. Dan Teodorescu" Bucuresti	0,6620	1.429
B_104	Institutul Clinic de Boli Digestive si Transplant Hepatic Fundeni	1,0819	2.003
B_108	Institutul Clinic de Uronefrologie si Transplant Renal Fundeni	0,8986	2.003
B_11	Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucuresti	0,7368	1.961
B_12	Institutul de Endocrinologie "C. I. Parhon" Bucuresti	0,8613	1.390
B_13	Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino" Bucuresti	1,0976	1.390
B_14	Institutul National de Diabet, Nutritie si Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucuresti	1,1276	1.614
B_15	Spitalul Clinic de Ortopedie - Traumatologie si TBC Osteoarticular "Foisor" Bucuresti	1,0990	2.116
B_16	Spitalul Clinic Colentina Bucuresti	1,1574	1.467
B_18	Institutul Clinic Fundeni Bucuresti	0,9875	2.003
B_19	Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu" Bucuresti	2,3262	1.568
B_20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei si Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucuresti	1,0646	1.406
B_21	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Pantelimon" Bucuresti	0,9994	1.390
B_22	Spitalul Clinic de Copii "Dr. V. Gomoiu" Bucuresti	0,7316	1.473
B_23	Spitalul Clinic "Coltea" Bucuresti	1,3505	1.421
B_24	Spitalul Clinic Caritas "Acad. Nicolae Cajal" Bucuresti	0,7421	1.390
B_25	Spitalul Clinic de Boli infectioase si Tropicale "Dr. V. Babes" Bucuresti	1,1127	1.390
B_28	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "M. S. Curie" Bucuresti	1,0108	1.445
B_29	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Ioan" Bucuresti	1,1066	1.390
B_31	Spitalul Clinic "Prof. Dr. Th. Burghele" Bucuresti	0,9278	1.922
B_32	Institutul de Fonoaudiologie si Chirurgie Functionala ORL "Prof. Dr. D. Hociota" Bucuresti	1,4033	1.390
B_33	Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti	1,0305	1.703
B_34	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sîrbu" Bucuresti	0,6622	1.390
B_35	Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" Bucuresti	1,6705	1.573
B_36	Institutul National de Neurologie si Boli Neurovasculare Bucuresti	1,3088	1.390
B_41	Centrul de Boli Reumatismale "Dr. I. Stoia" Bucuresti	0,6111	1.832
B_42	Spitalul Clinic "Nicolae Malaxa" Bucuresti	1,1294	1.390
B_48	Institutul National de Boli Infectioase "Prof. Dr. Matei Bals" Bucuresti	1,2903	1.390
B_80	Spitalul Universitar de Urgenta "Elias" Bucuresti	0,9437	1.627
BC01	Spitalul Judetean de Urgenta Bacau	1,0003	1.390
BC03	Spitalul Municipal Onesti	1,0587	1.390
BC04	Spitalul Orasenesc Buhusi	0,7892	1.390
BC05	Spitalul Orasenesc "Ioan Lascar" Comanesti	0,7976	1.390
BC06	Spitalul Municipal de Urgenta Moinesti	1,0232	1.390
BC10	Spitalul de Pediatrie Bacau	1,1967	1.390

BH01	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Oradea	0,9815	1.390
BH02	Spitalul Clinic Municipal "Dr. Gavril Curteanu" Oradea	1,0310	1.390
BH05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. Alexandru Nemes-Senior" Oradea	0,7558	1.390
BH07	Spitalul Orasenesc Alesd	0,9573	1.390
BH09	Spitalul Municipal "Episcop N. Popovici" Beius	0,8582	1.390
BH10	Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita	0,9594	1.390
BH12	Spitalul Municipal Salonta	0,7707	1.390
BN01	Spitalul Judetean Bistrita	0,9783	1.390
BN02	Spitalul Orasenesc "Dr. G. Trifon" Nasaud	0,7663	1.390
BN03	Spitalul Orasenesc Beclean	0,7971	1.390
BR01	Spitalul Judetean de Urgenta Braila	1,0446	1.390
BR04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Braila	0,6612	1.390
BR05	Spitalul Orasenesc Faurei	0,7068	1.390
BT01	Spitalul Judetean de Urgenta "Mavromati" Botosani	1,1191	1.390
BT04	Spitalul de Copii Botosani	0,8583	1.390
BT05	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Botosani	0,7662	1.390
BT06	Spitalul Municipal Dorohoi	0,6483	1.390
BT07	Spitalul Orasenesc Saveni	0,6097	1.390
BT08	Spitalul Orasenesc Darabani	0,6944	1.390
BV01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Brasov	0,9620	1.390
BV02	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. I. A. Sbârcea" Brasov	0,7917	1.390
BV03	Spitalul Clinic de Copii Brasov	1,3152	1.390
BV04	Spitalul de Boli Infectioase Brasov	1,4098	1.390
BV06	Spitalul Municipal Fagaras	0,9043	1.390
BV08	Spitalul Municipal Codlea	0,8005	1.390
BV09	Spitalul Municipal Sacele	0,7750	1.390
BV10	Spitalul Orasenesc "Dr. C. T. Sparchez" Zarnesti	0,6864	1.390
BV12	Spitalul Orasenesc Rupea	0,8726	1.390
BZ01	Spitalul Judetean Buzau	0,8714	1.390
BZ02	Spitalul Municipal Râmnicu Sarat	0,7723	1.390
BZ04	Spitalul Orasenesc Nehoiu	0,7107	1.390
CJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Cluj-Napoca	1,2210	1.390
CJ02	Spitalul Clinic de Urgenta "Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca	1,3397	1.390
CJ03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii Cluj-Napoca	0,8714	1.390
CJ05	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Cluj-Napoca	1,2849	1.413
CJ07	Spitalul Municipal Clinic Cluj-Napoca	1,1365	1.390
CJ08	Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca	1,0886	1.486
CJ09	Institutul Inimii "Prof. Dr. N. Stancioiu" Cluj-Napoca	2,2856	1.568
CJ10	Spitalul Municipal Dej	0,8723	1.390
CJ11	Spitalul Municipal Turda	0,8642	1.390
CJ12	Spitalul Municipal Gherla	0,8223	1.390
CJ13	Spitalul Orasenesc Huedin	0,8863	1.414
CJ14	Spitalul Municipal Câmpia Turzii	0,7540	1.390
CJ21	Institutul Clinic de Urologie si Transplant Renal Cluj-Napoca	0,7194	2.132
CL01	Spitalul Judetean de Urgenta Calarasi	0,8553	1.390
CL02	Spitalul Municipal Oltenita	0,6495	1.390
CL03	Spitalul Orasenesc Lehliu-Gara	0,7095	1.390
CL04	Spitalul Orasenesc Budesti	0,6126	1.390
CS01	Spitalul Judetean Resita	1,1962	1.390
CS02	Spitalul Municipal de Urgenta Caransebes	0,9113	1.390
CS03	Spitalul Orasenesc Oravita	0,7041	1.390
CS05	Spitalul Orasenesc Moldova Noua	0,7000	1.390
CS06	Spitalul Orasenesc Anina	0,5527	1.390
CS07	Spitalul Orasenesc Otelu Rosu	0,7705	1.390
CT01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Constanta	1,1458	1.390
CT04	Spitalul Municipal Medgidia	0,8857	1.390
CT05	Spitalul Orasenesc Cernavoda	0,5742	1.390
CT06	Spitalul Municipal Mangalia	0,7346	1.390
CT07	Spitalul Orasenesc Hârsova	0,8116	1.390
CT14	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Constanta	1,4162	1.592

CV01	Spitalul Judetean "Dr. Fogolyan Kristof" Sfântu Gheorghe	0,9811	1.390
CV02	Spitalul Orasenesc Covasna	0,6010	1.390
CV03	Spitalul Municipal Târgu Secuiesc	0,8814	1.390
CV04	Spitalul Orasenesc Baraolt	0,6369	1.496
DB01	Spitalul Judetean Târgoviste	1,1898	1.390
DB02	Spitalul Orasenesc Pucioasa	0,8621	1.390
DB03	Spitalul Orasenesc Gaesti	0,9391	1.390
DB04	Spitalul Orasenesc Moreni	0,7534	1.390
DB05	Spitalul Orasenesc Titu	0,8509	1.390
DB11	Spitalul Municipal Târgoviste	1,1161	1.390
DJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Craiova	1,2072	1.390
DJ02	Spitalul Municipal Clinic "Filantropia" Craiova	0,8573	1.417
DJ03	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Victor Babes" Craiova	1,0531	1.521
DJ04	Spitalul Municipal Bailesti	0,8880	1.390
DJ05	Spitalul "Filisanilor" Filiasi	0,9215	1.390
DJ06	Spitalul Orasenesc Segarcea	0,6794	1.390
DJ07	Spitalul Municipal Calafat	0,7207	1.390
DJ21	Centrul de Cardiologie Craiova	1,2581	1.568
GJ01	Spitalul Judetean Târgu Jiu	0,9884	1.390
GJ02	Spitalul Municipal Motru	0,9261	1.390
GJ03	Spitalul Orasenesc Târgu Carbunesti	0,9118	1.395
GJ04	Spitalul Orasenesc Rovinari	0,9197	1.390
GJ05	Spitalul Orasenesc Novaci	0,9967	1.390
GJ06	Spitalul Orasenesc Bumbesti-Jiu	0,9374	1.390
GJ11	Spitalul Orasenesc Turceni	0,6530	1.390
GL01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Apostol Andrei" Galati	0,9873	1.390
GL02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Ioan" Galati	1,0084	1.390
GL04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie "Bunavestire" Galati	0,7821	1.390
GL06	Spitalul de Boli Infectioase "Cuvioasa Parascheva" Galati	1,3291	1.390
GL07	Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci	0,6787	1.390
GL08	Spitalul Orasenesc Târgu Bujor	0,6417	1.390
GR01	Spitalul Judetean Giurgiu	0,7810	1.390
GR05	Spitalul Orasenesc Bolintin-Vale	0,6806	1.390
HD01	Spitalul Judetean Deva	1,2360	1.476
HD02	Spitalul Municipal "Dr. A. Simionescu" Hunedoara	1,1976	1.478
HD03	Spitalul Municipal de Urgenta Petrosani	1,1185	1.390
HD05	Spitalul Municipal Lupeni	0,8437	1.424
HD06	Spitalul Municipal Vulcan	0,8622	1.540
HD07	Spitalul Municipal Brad	1,0016	1.390
HD08	Spitalul Municipal Orastie	0,8552	1.390
HD09	Spitalul Orasenesc Hateg	0,8857	1.390
HR01	Spitalul Judetean Miercurea-Ciuc	1,0683	1.390
HR02	Spitalul Municipal Odorheiul Secuiesc	0,9399	1.390
HR03	Spitalul Municipal Gheorgheni	0,8143	1.390
HR04	Spitalul Municipal Toplita	0,9290	1.390
IF01	Spitalul Orasenesc "Dr. Maria Burghel" Buftea	0,5461	1.390
IF06	Spitalul Judetean "Sfintii imparati Constantin si Elena" Ilfov	0,7743	1.390
IL01	Spitalul Judetean de Urgenta Slobozia	1,0600	1.390
IL02	Spitalul Municipal Urziceni	0,7862	1.390
IL03	Spitalul Municipal Fetesti	0,6397	1.390
IL04	Spitalul Orasenesc Tandarei	0,5652	1.390
IS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Spiridon" Iasi	1,3327	1.390
IS02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Maria" Iasi	1,0782	1.474
IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. G.I.M. Georgescu" Iasi	2,2494	1.568
IS04	Spitalul Clinic "Dr. Cl. Parhon" Iasi	1,2855	2.001
IS05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Cuza-Voda" Iasi	0,9969	1.390
IS06	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Elena Doamna" Iasi	0,6328	1.390
IS09	Spitalul Clinic de Boli infectioase "Sf. Parascheva" Iasi	1,0592	1.390
IS10	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Ioan" Iasi	1,3861	1.390
IS11	Spitalul Clinic de Urgenta "Prof. Dr. N. Oblu" Iasi	1,7574	1.390

IS13	Spitalul Orasenesc Hârlau	0,6613	1.390
IS14	Spitalul Municipal Pascani	0,8369	1.390
IS15	Spitalul Orasenesc Târgu Frumos	0,7959	1.390
IS22	Institutul de Gastroenterologie si Hepatologie Iasi	1,2971	1.589
MH01	Spitalul Judetean Drobeta-Turnu Severin	0,9045	1.390
MH02	Spitalul Municipal Orsova	0,7126	1.390
MH03	Spitalul Orasenesc Strehaia	0,7497	1.390
MH04	Spitalul Orasenesc Vânju Mare	0,5747	1.390
MH05	Spitalul Orasenesc Baia de Arama	0,6290	1.390
MM01	Spitalul Judetean de Urgenta "Dr. Constantin Opris" Baia Mare	1,1944	1.390
MM02	Spitalul de Boli Infectioase, Dermatovenerologie si Psihiatrie Baia Mare	1,1314	1.390
MM04	Spitalul Municipal Sighetu Marmatiei	0,9328	1.390
MM07	Spitalul de Recuperare Borsa	0,9357	1.390
MM08	Spitalul Orasenesc Târgu Lapus	0,8319	1.390
MM09	Spitalul Orasenesc Viseu de Sus	0,9450	1.390
MS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Târgu Mures	1,9248	1.390
MS02	Spitalul Clinic Judetean Mures	1,3209	1.390
MS03	Institutul de Boli Cardiovasculare si Transplant Târgu Mures	2,3013	1.568
MS04	Spitalul Municipal Sighisoara	1,1228	1.390
MS05	Spitalul Orasenesc "Dr. Vaier Russu" Ludus	0,9404	1.390
MS06	Spitalul Municipal "Dr. E. Nicoara" Reghin	0,9327	1.390
MS07	Spitalul Municipal "Dr. Gh. Marinescu" Târnaveni	1,2118	1.390
NT01	Spitalul Judetean de Urgenta Piatra-Neamt	1,1284	1.390
NT02	Spitalul Municipal de Urgenta Roman	0,9558	1.390
NT03	Spitalul Orasenesc Bicaz	0,6258	1.474
NT04	Spitalul Orasenesc Târgu-Neamt	0,8250	1.390
OT01	Spitalul Judetean Slatina	1,0828	1.390
OT02	Spitalul Orasenesc Bals	0,8686	1.390
OT03	Spitalul Municipal Caracal	0,8542	1.390
OT04	Spitalul Orasenesc Corabia	0,8367	1.390
PH01	Spitalul Judetean de Urgenta Ploiesti	0,9711	1.390
PH04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Ploiesti	0,7344	1.390
PH05	Spitalul de Ortopedie si Traumatologie Azuga	0,8588	1.390
PH06	Spitalul Orasenesc Baicoi	0,8036	1.390
PH07	Spitalul Municipal Câmpina	0,8910	1.390
PH08	Spitalul Orasenesc Sinaia	0,6688	1.390
PH09	Spitalul Orasenesc Mizil	0,7010	1.390
PH12	Spitalul Orasenesc Valenii de Munte	0,6687	1.390
PH20	Spitalul de Boli Infectioase Ploiesti	1,0815	1.390
PH98	Spitalul Municipal Ploiesti	0,8910	1.503
PH99	Spitalul de Pediatrie Ploiesti	0,7147	1.549
SB01	Spitalul Clinic Judetean Sibiu	1,2699	1.390
SB04	Spitalul Municipal Medias	0,9652	1.390
SB05	Spitalul Orasenesc Agnita	0,6578	1.390
SB06	Spitalul Orasenesc Cisnădie	0,8684	1.390
SB08	Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu	1,3966	1.390
SJ01	Spitalul Judetean Zalău	1,2560	1.390
SJ02	Spitalul Orasenesc Simleu Silvaniei	0,7553	1.390
SJ03	Spitalul Orasenesc Jibou	0,7284	1.390
SJ04	Spitalul Orasenesc Cehu Silvaniei	0,6000	1.390
SM01	Spitalul Judetean Satu Mare	1,0167	1.390
SM04	Spitalul Municipal Carei	0,8251	1.390
SM05	Spitalul Orasenesc Negresti-Oas	0,6832	1.390
SM06	Spitalul Orasenesc Tasnad	0,7089	1.390
SV01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Ioan Cel Nou" Suceava	1,1473	1.390
SV02	Spitalul Municipal Câmpulung Moldovenesc	0,8169	1.390
SV03	Spitalul Municipal Falticeni	0,6849	1.390
SV04	Spitalul Orasenesc Gura Humorului	0,6568	1.390
SV05	Spitalul Municipal Radauti	0,8621	1.390
SV06	Spitalul Orasenesc Siret	0,6106	1.390
SV07	Spitalul Municipal Vatra Dornei	0,6987	1.390

T01	Spitalul General CF2 Bucuresti	0,7626	1.456
T02	Spitalul Universitar CF Witing	0,6865	1.525
T03	Spitalul Universitar CF Constanta	0,9776	1.390
T04	Spitalul Universitar CF Craiova	0,8427	1.615
T05	Spitalul Universitar CF Cluj	0,8260	1.455
T06	Spitalul Universitar CF. Iasi	0,8398	1.390
T07	Spitalul Universitar CF Timisoara	0,7992	1.550
T08	Spitalul General CF Oradea	0,8553	1.390
T09	Spitalul General CF Brasov	0,8707	1.390
T10	Spitalul CF Galati	0,8687	1.390
T11	Spitalul General CF Ploiesti	0,7246	1.390
T12	Spital General CF Sibiu	0,8710	1.390
T13	Spitalul General CF Drobeta Turnu Severin	0,8293	1.390
T14	Spitalul General CF Pascani	0,6204	1.390
T15	Spitalul General CF Simeria	0,7092	1.390
TL01	Spitalul Judetean de Urgenta Tulcea	0,7290	1.390
TL02	Spitalul Orasenesc Babadag	0,7327	1.390
TL03	Spitalul Orasenesc Macin	0,7195	1.390
TM01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Timisoara	1,3616	1.390
TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgenta Timisoara	1,1487	1.500
TM03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "L. Turcanu" Timisoara	1,4817	1.390
TM04	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Dr. V. Babes"	1,1580	1.718
TM05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. D. Popescu" Timisoara	0,7291	1.390
TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timisoara	1,6759	1.568
TM07	Spitalul Municipal Lugoj	0,9705	1.390
TM09	Spitalul Orasenesc Deta	0,5171	1.390
TM10	Spitalul "Dr. Karl Diel" Jimbolia	0,8867	1.390
TM11	Spitalul Orasenesc Sânnicolau Mare	0,8035	1.390
TM12	Spitalul Orasenesc Faget	0,6574	1.390
TR01	Spitalul Judetean Alexandria	0,8950	1.390
TR02	Spitalul Municipal Turnu Magurele	0,6481	1.390
TR03	Spitalul Municipal "Caritas" Rosiori de Vede	0,7422	1.390
TR04	Spitalul Orasenesc Zimnicea	0,6122	1.390
VL01	Spitalul Judetean de Urgenta Râmnicu Vâlcea	0,9614	1.390
VL02	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Râmnicu Vâlcea	0,8284	1.390
VL03	Spitalul Municipal "Costache Nicolescu" Dragasani	0,7359	1.390
VL04	Spitalul Orasenesc Horezu	0,6543	1.390
VL05	Spitalul Orasenesc Brezoi	0,6876	1.390
VL10	Spitalul Orasenesc Balcesti	0,5879	1.390
VN01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focsani	0,9464	1.390
VN02	Spitalul Municipal Adjud	0,7843	1.390
VN03	Spitalul Orasenesc Odobesti	0,7040	1.390
VN04	Spitalul Orasenesc Panciu	0,6775	1.390
VN05	Spitalul Orasenesc Marasesti	0,6645	1.390
VS01	Spitalul Judetean de Urgenta Vaslui	0,9615	1.390
VS02	Spitalul Municipal de Urgenta "Elena Beldiman" Bârlad	1,1063	1.390
VS03	Spitalul de Copii "Sf. Nicolae" Bârlad	1,0458	1.390
VS04	Spitalul Municipal Husi	1,0047	1.390
VS05	Spitalul Orasenesc Negresti	0,5993	1.390

***ICM 2009= ICM realizat pe baza cazurilor validate in perioada 01.01.-31.12.2009**

Pentru Institutul Clinic Fundeni, Institutul Clinic de Boli Digestive si Transplant Hepatic Fundeni precum si Institutul Clinic de Urologie si Transplant Renal Fundeni, ICM 2009 a fost considerat ICM realizat cumulat de sectiile componente ale fiecaruia dintre cele 3 institute, in perioada 01.01-31.12.2009.

Pentru spitalele din reseaua Ministerului Transporturilor ICM este cel realizat in perioada 01.04-31.12.2009, in care au fost finantate ca tarif pe caz ponderat

Principii utilizate la calcularea TCP propuse pentru anul 2010

- Utilizarea ca punct de pornire în calcularea TCP pentru anul 2010 a TCP₂₀₀₉ din Normele Contractului-Cadru din anul 2009 ale fiecărui spital.
- Pentru realizarea obiectivului de egalizare a tarifelor pe caz ponderat în anul 2010 s-a optat pentru compararea TCP al fiecărui spital cu TCP național și folosirea principiului intervalului de risc utilizat și în anii anteriori.
- În vederea utilizării unui tarif unic național, s-a decis ca toate spitalele cu un tarif mai mic decât cel național să beneficieze de o creștere și egalizare a TCP la nivelul TCP mediu național.
- Pentru a face sustenabilă utilizarea unui TCP național cu funcționarea spitalelor care au avut istoric un TCP mai mare, s-a decis ca aceste spitale să nu aibă scăderi de tarife până la nivelul TCP național, ci să beneficieze de aplicarea intervalului de risc prin care să aibă o reducere de maxim 5% a TCP.

ANEXA 17 b)

LISTA

grupelor de diagnostice, categoriilor majore de diagnostic, valorilor relative și durata medie de spitalizare

Anexa 17 b. Lista categoriilor majore de diagnostic

Cod CMD	Categoria majora de diagnostic	
0		Pre-MDC
1	MDC 01	Boli si tulburari ale sistemului nervos
2	MDC 02	Boli si tulburari ale ochiului
3	MDC 03	Boli si tulburari ale urechii, nasului, gurii si gâtului
4	MDC 04	Boli si tulburari ale sistemului respirator
5	MDC 05	Boli si tulburari ale sistemului circulator
6	MDC 06	Boli si tulburari ale sistemului digestiv
7	MDC 07	Boli si tulburari ale sistemului hepatobiliar si ale pancreasului
8	MDC 08	Boli si tulburari ale sistemului musculo-scheletal si tesutului conjunctiv
9	MDC 09	Boli si tulburari ale pielii, tesutului subcutanat si sanului
10	MDC 10	Boli si tulburari endocrine, de nutritie si metabolism
11	MDC 11	Boli si tulburari ale rinichiului si tractului urinar
12	MDC 12	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv masculin
13	MDC 13	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv feminin
14	MDC 14	Sarcina, nastere si lauzie
15	MDC 15	Nou-nascuti si alti neonatali
16	MDC 16	Boli si tulburari ale sangelui si organelor hematopietice si tulburari imunologice
17	MDC 17	Tulburari neoplazice (hematologice si tumori solide)
18	MDC 18	Boli infectioase si parazitare
19	MDC 19	Boli si tulburari mentale
20	MDC 20	Consum de alcool/droguri si tulburari mentale organice induse de alcool/droguri
21	MDC 21	Leziuni, otraviri si efecte toxice ale medicamentelor
22	MDC 22	Arsuri
23	MDC 23	Factori care influenteaza starea de sanatate si alte contacte cu serviciile de sanatate
24		NECLASIFICABIL

Anexa 17 b II. Lista grupelor de diagnostice, valorilor relative si a limitelor duratelor de spitalizare

Nr. Crt	Categoria majoră de diagnostic (CMD)	Categorie Medicală, Chirurgicala sau Altele (M/S/O)	Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativă	DMS	Limita inferioară a DS	Limita superioară a DS
1	24	S	901Z	Proceduri in sala de operatii extinse nelegate de diagnosticul principal	2.7534			
2	24	S	902Z	Proceduri in sala de operatii care nu sunt extinse nelegate de diagnosticul principal	1.4365			
3	24	S	903Z	Proceduri in sala de operatii ale prostatei nelegate de diagnosticul principal	3.4464	-	-	-
4	24	M	960Z	Negrupabile	0.649	-	-	-
5	24	M	961Z	Diagnostice principale inacceptabile	0.1197	-	-	-
6	24	M	963Z	Diagnostice neonatale neconcordante cu varsta/greutatea	2.3438	-	-	-
7	0	S	A01Z	Transplant de ficat	0	-	-	-
8	0	S	A03Z	Transplant de plaman/inima sau palman	0	-	-	-
9	0	S	A05Z	Transplant de inima	0	-	-	-
10	0	S	A06Z	Traheostomie sau ventilatie >95 ore	14.233	16.88	2	71
11	0	S	A07Z	Transplant alogenic de maduva osoasa	0	-	-	-
12	0	S	A08A	Transplant autolog de maduva osoasa cu CC catastrofal	0	-	-	-
13	0	S	A08B	Transplant autolog de maduva osoasa fara CC catastrofal	0	-	-	-
14	0	S	A09A	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofal	0	-	-	-
15	0	S	A09B	Transplant renal fara transplant de pancreas fara CC catastrofal	0	-	-	-
16	0	O	A40Z	Oxigenoterapie extracorporala fara chirurgie cardiaca	28.58	12.95	2	53
17	0	O	A41A	Intubatie varsta<16 cu CC	4.1332	6.58	1	23
18	0	O	A41B	Intubatie varsta<16 fara CC	1.6508	4.43	1	14
19	1	S	B01Z	Revizia shuntului ventricular	1.7579	9.4	2	29
20	1	S	B02A	Craniotomie cu CC catastrofal	5.8344	15.13	2	66
21	1	S	B02B	Craniotomie cu CC sever sau moderat	3.4275	13.24	2	48
22	1	S	B02C	Craniotomie fara CC	2.5833	12.04	2	40
23	1	S	B03A	Proceduri spinale cu CC catastrofal sau sever	4.2466	11.12	3	29
24	1	S	B03B	Proceduri coloana vertebrala fara CC catastrofal sau sever	2.0414	7.43	2	19
25	1	S	B04A	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofal sau sever	2.2682	9.75	2	29
26	1	S	B04B	Proceduri vasculare extracraniene fara CC catastrofal sau sever	1.4176	7.8	2	25
27	1	S	B05Z	Eliberarea tunelului carpian	0.3276	3.64	1	11
28	1	S	B06A	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie cu CC catastrofal sau sever	4.3915	9.31	1	45

29	1	S	B06B	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie fara CC catastrofal sau sever	0.7561	6.58	1	24
30	1	S	B07A	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2.0099	5.64	1	21
31	1	S	B07B	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos fara CC	0.712	5.27	1	19
32	1	O	B40Z	Plasmafereza cu boli neurologice	0.8002	7.19	1	25
33	1	O	B41Z	Monitorizare telemetrica EEG	0.8317	-	-	-
34	1	M	B60A	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal	5.0342	10.7	1	45
35	1	M	B60B	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal	1.5122	8.19	1	30
36	1	M	B61A	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal sau sever	4.8704	9.14	1	33
37	1	M	B61B	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal sau sever	1.2601	7.68	1	27
38	1	M	B62Z	Admitere pentru afereza	0.1827	-	-	-
39	1	M	B63Z	Dementa si alte tulburari cronice ale functiei cerebrale	1.7957	9.44	2	33
40	1	M	B64A	Delir cu CC catastrofal	1.7579	12.01	2	38
41	1	M	B64B	Delir fara CC catastrofal	0.8884	10.18	2	30
42	1	M	B65Z	Paralizie cerebrala	0.3339	6.73	2	19
43	1	M	B66A	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofal sau sever	1.6445	6.57	1	28
44	1	M	B66B	Tumori ale sistemului nervos fara CC catastrofal sau sever	0.7624	4.46	0	18
45	1	M	B67A	Tulburari degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofal sau sever	2.1233	8.93	2	28
46	1	M	B67B	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta >59 fara CC catastrofal sau sever	0.8821	7.34	2	23
47	1	M	B67C	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta <60 fara CC catastrofal sau sever	0.4032	6.14	1	23
48	1	M	B68A	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa cu CC	1.8776	7.25	2	21
49	1	M	B68B	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa fara CC	0.3591	6.68	1	20
50	1	M	B69A	Analiza imunochimica in strat subtire si ocluzie precerebrala cu CC catastrofale sau sever	0.9766	7.51	2	20
51	1	M	B69B	Analiza imunochimica in strat subtire si ocluzie precerebrala fara CC catastrofal sau sever	0.4284	6.77	2	18
52	1	M	B70A	Accident vascular cerebral cu CC catastrofal	2.9991	11.29	2	36
53	1	M	B70B	Accident vascular cerebral cu CC sever	1.6319	9.59	2	28
54	1	M	B70C	Accident vascular cerebral fara CC catastrofal sau severe	1.0585	8.36	2	27
55	1	M	B70D	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0.3969	1.73	1	5
56	1	M	B71A	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici cu CC	1.2223	6.85	2	18
57	1	M	B71B	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici fara CC	0.252	6.41	1	21
58	1	M	B72A	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale cu CC catastrofal sau sever	2.7786	11.14	2	42
59	1	M	B72B	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale fara CC catastrofal sau sever	1.1467	7.49	1	31
60	1	M	B73Z	Menigita virala	0.6175	8.83	2	33
61	1	M	B74Z	Stupoare si coma non-traumatica	0.5482	4.72	1	19

62	1	M	B75Z	Convulsii febrile	0.2835	4.5	1	13
63	1	M	B76A	Atacuri cu CC catastrofal sau sever	1.1089	6.11	1	19
64	1	M	B76B	Atacuri fara CC catastrofal sau sever	0.3717	5.08	1	17
65	1	M	B77Z	Cefalee	0.2709	4.68	1	16
66	1	M	B78A	Leziune intracraniana cu CC catastrofal sau sever	1.9973	6.7	1	30
67	1	M	B78B	Leziune intracraniana fara CC catastrofal sau sever	0.8191	3.66	1	13
68	1	M	B79Z	Fracturi craniene	0.6616	4.63	1	17
69	1	M	B80Z	Alta leziune a capului	0.2394	3	1	9
70	1	M	B81A	Alte tulburari ale sistemului nervos cu CC catastrofal sau sever	1.5059	6.39	1	20
71	1	M	B81B	Alte tulburari ale sistemului nervos fara CC catastrofal sau sever	0.5545	5.95	1	22
72	2	S	C01Z	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1.2853	5.59	1	16
73	2	S	C02Z	Enucleeri si proceduri ale orbitei	1.1278	5.87	1	18
74	2	S	C03Z	Proceduri la nivelul retinei	0.6616	2.53	1	7
75	2	S	C04Z	Proceduri majore asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0.8884	7.13	2	21
76	2	S	C05Z	Dacriocistorinostomie	0.6112	4.24	1	11
77	2	S	C10Z	Proceduri pentru strabism	0.4284	2.78	1	6
78	2	S	C11Z	Proceduri ale pleoapei	0.4599	3.69	1	11
79	2	S	C12Z	Alte proceduri asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0.4158	4.06	1	12
80	2	S	C13Z	Proceduri privind caile lacrimare	0.2835	4.52	1	13
81	2	S	C14Z	Alte proceduri la nivelul ochiului	0.315	3.3	1	10
82	2	S	C15A	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei	0.8191	4.48	1	12
83	2	S	C15B	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei, de zi	0.4284	-	-	-
84	2	S	C16A	Proceduri asupra cristalinului	0.6049	3.35	1	8
85	2	S	C16B	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0.4095	-	-	-
86	2	M	C60A	Infectii oculare acute si majore varsta >54 sau cu (CC catastrofal sau sever)	1.1404	6.12	2	17
87	2	M	C60B	Infectii oculare acute si majore varsta <55 fara CC catastrofal sau sever	0.7057	4.37	1	13
88	2	M	C61Z	Tulburari neurologice si vasculare ale ochiului	0.4347	5.49	1	18
89	2	M	C62Z	Hifema si traume sub control medical la ochi	0.2898	4.59	1	14
90	2	M	C63A	Alte tulburari ale ochiului cu CC	0.7498	5.08	1	15
91	2	M	C63B	Alte tulburari ale ochiului fara CC	0.2961	4.46	1	14
92	3	S	D01Z	Implant cohlear	4.6436	-	-	-
93	3	S	D02A	Proceduri ale capului si gatului cu CC catastrofal sau sever	4.2655	9.7	2	34
94	3	S	D02B	Proceduri ale capului si gatului cu stare maligna sau CC moderat	1.8335	9.52	1	33
95	3	S	D02C	Proceduri ale capului si gatului fara stare maligna fara CC	1.1152	7.84	1	29
96	3	S	D03Z	Reparatie chirurgicala a fisurii buzei sau diagnostic privind cerul gurii	1.1026	8.76	2	27
97	3	S	D04A	Chirurgie maxilo-faciala cu CC	1.6193	5.63	1	17
98	3	S	D04B	Chirurgie maxilo-faciala fara CC	0.9325	5.57	1	18
99	3	S	D05Z	Proceduri la nivelul glandei tiroide	1.4239	8.53	3	20
100	3	S	D06Z	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei si urechii medii	0.8947	7.38	2	20

101	3	S	D09Z	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii si gatlejului	0.5671	5.53	1	15
102	3	S	D10Z	Proceduri nasale	0.5293	5.49	2	14
103	3	S	D11Z	Amigdalectomie si/sau adenoidectomie	0.4284	2.93	1	9
104	3	S	D12Z	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii si gatlejului	0.6427	4.45	1	13
105	3	S	D13Z	Miringotomie cu insertie de tub	0.2457	3.79	1	12
106	3	S	D14Z	Proceduri asupra gurii si glandei salivare	0.4978	4.39	1	13
107	3	O	D40Z	Extractii dentare si restaurare	0.3402	3.43	1	9
108	3	M	D60A	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatlejului cu CC catastrofal sau sever	1.8146	7.96	1	29
109	3	M	D60B	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatlejului fara CC catastrofal sau sever	0.5608	6.89	1	24
110	3	M	D61Z	Dezechilibru	0.3213	6.09	2	17
111	3	M	D62Z	Epistaxis	0.2961	4.74	1	13
112	3	M	D63A	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare cu CC	0.5293	5.22	2	13
113	3	M	D63B	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare fara CC	0.3024	4.85	1	13
114	3	M	D64Z	Laringotraheita si epiglottita	0.2394	5	2	13
115	3	M	D65Z	Traumatism si diformitate nasale	0.2583	4.11	1	12
116	3	M	D66A	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gatlejul cu CC	0.649	5.57	1	15
117	3	M	D66B	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gatlejul fara CC	0.2457	5.15	1	16
118	3	M	D67A	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor	0.5293	4.92	1	15
119	3	M	D67B	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor de zi	0.1449	0	1	1
120	4	S	E01A	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofal	4.1017	14.79	2	60
121	4	S	E01B	Proceduri majore la nivelul toracelui fara CC catastrofal	2.1989	10.49	1	43
122	4	S	E02A	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC catastrofal	3.6859	8.21	1	29
123	4	S	E02B	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC sever	1.5311	8.02	1	26
124	4	S	E02C	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator fara CC catastrofal sau sever	0.6112	4.14	1	12
125	4	O	E40Z	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3.6985	9.16	1	42
126	4	O	E41Z	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilatie neinvaziva	2.6337	7.26	1	37
127	4	M	E60A	Fibroza cistica cu CC catastrofal sau sever	2.6652	9.72	1	37
128	4	M	E60B	Fibroza cistica fara CC catastrofal sau sever	2.0036	6.1	1	21
129	4	M	E61A	Embolism pulmonar cu CC catastrofal sau sever	1.5374	8.73	1	36
130	4	M	E61B	Embolism pulmonar fara CC catastrofal sau sever	0.7876	8.69	2	31
131	4	M	E62A	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC catastrofal	1.6697	8.23	2	23
132	4	M	E62B	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC sever sau moderat	0.9703	7.25	2	19
133	4	M	E62C	Infectii respiratorii/inflamatii fara CC	0.5608	6.54	2	18
134	4	M	E63Z	Apnee de somn	0.2835	4.52	1	15
135	4	M	E64Z	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	0.8758	6.46	2	18
136	4	M	E65A	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii cu CC catastrofal sau sever	1.1467	8.07	3	20
137	4	M	E65B	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii fara CC catastrofal sau sever	0.6805	7.37	2	18
138	4	M	E66A	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 cu CC	1.4302	6.56	2	19
139	4	M	E66B	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 sau cu CC	0.7435	5.92	1	17

140	4	M	E66C	Traumatism major la nivelul toracelui varsta <70 fara CC	0.4032	4.78	1	14
141	4	M	E67A	Semne si simptome respiratorii cu CC catastrofal sau sever	0.6679	6.31	1	23
142	4	M	E67B	Semne si simptome respiratorii fara CC catastrofal sau sever	0.3087	4.59	1	15
143	4	M	E68Z	Pneumotorax	0.7309	7.71	1	26
144	4	M	E69A	Bronsita si astm varsta >49 cu CC	0.7624	7.39	2	18
145	4	M	E69B	Bronsita si astm varsta >49 sau cu CC	0.5041	5.71	2	15
146	4	M	E69C	Bronsita si astm varsta <50 fara CC	0.3339	4.8	1	13
147	4	M	E70A	Tuse convulsiva si broniolita acuta cu CC	1.0396	6.28	2	15
148	4	M	E70B	Tuse convulsiva si broniolita acuta fara CC	0.5608	5.28	2	14
149	4	M	E71A	Tumori respiratorii cu CC catastrofal	1.6508	6.4	1	24
150	4	M	E71B	Tumori respiratorii cu CC sever sau moderat	0.8758	5.45	1	20
151	4	M	E71C	Tumori respiratorii fara CC	0.4725	4.45	1	16
152	4	M	E72Z	Probleme respiratorii aparute in perioada neonatala	0.9829	3.7	1	12
153	4	M	E73A	Revarsare pleurala cu CC catastrofal	1.6634	9.76	2	35
154	4	M	E73B	Revarsare pleurala cu CC sever	1.0396	9.07	2	32
155	4	M	E73C	Revarsare pleurala fara CC catastrofal sau sever	0.6049	7.77	1	30
156	4	M	E74A	Boala interstitiala pulmonara cu CC catastrofal	1.676	6.78	2	15
157	4	M	E74B	Boala interstitiala pulmonara cu CC sever	1.153	6.25	2	14
158	4	M	E74C	Boala interstitiala pulmonara fara CC catastrofal sau sever	0.6616	5.83	2	13
159	4	M	E75A	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 cu CC	0.9388	6.33	1	26
160	4	M	E75B	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 sau cu CC	0.6364	5.79	1	19
161	4	M	E75C	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta <65 fara CC	0.3843	4.55	1	14
162	5	S	F01A	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofal sau sever	7.3276	10.43	2	32
163	5	S	F01B	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fara CC catastrofal sau sever	6.3195	-	-	-
164	5	S	F02Z	Implant/Inlocuire componenta AICD	6.3447	-	-	-
165	5	S	F03Z	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB cu investigatie cardiaca invaziva	8.8524	21.44	8	46
166	5	S	F04A	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofal	6.1557	17.34	6	39
167	5	S	F04B	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofal	4.3663	15.1	6	33
168	5	S	F05A	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive cu CC catastrofal	6.5779	19.53	7	45
169	5	S	F05B	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive fara CC catastrofal	4.9397	16.29	7	32
170	5	S	F06A	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive cu CC catastrofal sau sever	4.0513	14.73	6	31
171	5	S	F06B	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive fara CC catastrofal sau sever	3.0999	14.47	6	31
172	5	S	F07A	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB cu CC catastrofal	7.523	15.52	3	51
173	5	S	F07B	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB fara CC catastrofal	4.5365	17.53	3	62
174	5	S	F08A	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB cu CC catastrofal	5.2232	10.17	0	67

175	5	S	F08B	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB fara CC catastrofal	2.5266	8.49	0	52
176	5	S	F09A	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB cu CC catastrofal	4.1143	10.68	2	42
177	5	S	F09B	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB fara CC catastrofal	2.6715	8.79	1	34
178	5	S	F10Z	Interventie coronara percutanata cu AMI	1.8461	6.79	2	20
179	5	S	F11A	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior cu CC catastrofal	5.9037	18.35	3	63
180	5	S	F11B	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior fara CC catastrofal	2.9487	17.76	4	51
181	5	S	F12Z	Implantare pacemaker cardiac	1.9343	6.89	2	19
182	5	S	F13Z	Amputatie a membrului superior si a degetului pentru tulburari ale sistemului circulator	2.3375	14.21	3	47
183	5	S	F14A	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC catastrofal	3.1881	7.68	1	31
184	5	S	F14B	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC sever	1.342	6.52	1	23
185	5	S	F14C	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB fara CC catastrofal sau sever	0.9388	5.6	1	22
186	5	S	F15Z	Interventie coronara percutanata fara AMI cu implantare de stent	1.2853	5.6	1	17
187	5	S	F16Z	Interventie coronara percutanata fara AMI fara implantare de stent	1.2538	5.89	1	18
188	5	S	F17Z	Inlocuire de pacemaker cardiac	1.2538	6.82	1	21
189	5	S	F18Z	Revizie de pacemaker cardiac exceptand inlocuirea dispozitivului	1.216	6.44	1	20
190	5	S	F19Z	Alta interventie percutanata cardiaca transvasculara	1.5689	-	-	-
191	5	S	F20Z	Ligatura venelor si stripping	0.6616	6.35	1	19
192	5	S	F21A	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator cu CC catastrofal	3.2385	8.66	1	32
193	5	S	F21B	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator fara CC catastrofal	1.2601	8.76	1	32
194	5	O	F40Z	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3.4401	6.48	1	29
195	5	O	F41A	Tulburari circulatorii cu AMI cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofal sau sever	1.7327	7.68	1	27
196	5	O	F41B	Tulburari circulatorii cu AMI cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofal sau sever	1.0648	6.78	1	24
197	5	O	F42A	Tulburari circulatorii fara AMI cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu diagnostic principal complex	1.0396	5.65	1	17
198	5	O	F42B	Tulburari circulatorii fara AMI cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara diagnostic principal complex	0.5608	4.55	1	15
199	5	M	F60A	Tulburari circulatorii cu AMI fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofal sau sever	1.3609	9.28	2	28
200	5	M	F60B	Tulburari circulatorii cu AMI fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofal sau sever	0.6553	8.2	2	29
201	5	M	F60C	Tulburari circulatorii cu AMI fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva, decedat	0.7561	3.67	0	15
202	5	M	F61Z	Endocardita infectioasa	2.7471	16.11	1	78
203	5	M	F62A	Insuficienta functionala a inimii si soc cardiac cu CC catastrofal	1.6886	7.74	2	21
204	5	M	F62B	Insuficienta functionala a inimii si soc cardiac fara CC catastrofal	0.7561	6.63	2	17
205	5	M	F63A	Tromboza venoasa cu CC catastrofal sau sever	1.2538	8.61	3	22

206	5	M	F63B	Tromboza venoasa fara CC catastrofal sau sever	0.5734	7.63	2	20
207	5	M	F64Z	Ulceratie a pielii pentru tulburari circulatorii	1.5689	9.15	3	22
208	5	M	F65A	Tulburari vasculare periferice cu CC catastrofal sau sever	1.2853	7.52	1	25
209	5	M	F65B	Tulburari vasculare periferice fara CC catastrofal sau sever	0.4284	7.28	1	24
210	5	M	F66A	Ateroscleroza coronariana cu CC	0.5482	6.44	2	18
211	5	M	F66B	Ateroscleroza coronariana fara CC	0.2646	5.67	1	16
212	5	M	F67A	Hipertensiune cu CC	0.7246	6.42	2	17
213	5	M	F67B	Hipertensiune fara CC	0.3528	5.75	2	16
214	5	M	F68Z	Boala congenitala de inima	0.378	5.36	1	18
215	5	M	F69A	Tulburari valvulare cu CC catastrofal sau sever	1.2034	6.21	1	18
216	5	M	F69B	Tulburari valvulare fara CC catastrofal sau sever	0.252	4.75	1	14
217	5	M	F70A	Aritmie majora si stop cardiac cu CC catastrofal sau sever	0.9829	5.16	0	24
218	5	M	F70B	Aritmie majora si stop cardiac fara CC catastrofal sau sever	0.4473	5.17	1	21
219	5	M	F71A	Aritmie nemajora si tulburari de conducere cu CC catastrofal sau sever	0.9514	6.75	2	20
220	5	M	F71B	Aritmie nemajora si tulburari de conducere fara CC catastrofal sau sever	0.3654	5.05	1	16
221	5	M	F72A	Angina instabila cu CC catastrofal sau sever	0.8317	6.53	2	18
222	5	M	F72B	Angina instabila fara CC catastrofal sau sever	0.4221	5.63	1	16
223	5	M	F73A	Sincopa si colaps cu CC catastrofal sau sever	0.7876	5.46	1	17
224	5	M	F73B	Sincopa si colaps fara CC catastrofal sau sever	0.2961	4.21	1	13
225	5	M	F74Z	Durere toracica	0.2646	3.89	1	12
226	5	M	F75A	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofal	2.0414	8.11	2	23
227	5	M	F75B	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC sever	0.9892	7.25	2	21
228	5	M	F75C	Alte diagnostice ale sistemului circulator fara CC catastrofal sau sever	0.523	5.84	1	19
229	6	S	G01A	Rezectie rectala cu CC catastrofal	4.694	18.42	5	53
230	6	S	G01B	Rezectie rectala fara CC catastrofal	2.6841	17.26	6	40
231	6	S	G02A	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros cu CC catastrofal	4.4356	16.39	3	57
232	6	S	G02B	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros fara CC catastrofal	2.1359	13.33	3	38
233	6	S	G03A	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului cu stare maligna	5.0909	16.57	4	49
234	6	S	G03B	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare malignam cu CC catastrofal sau sever	3.8182	9.29	2	29
235	6	S	G03C	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna fara CC catastrofal sau sever	1.3672	8.02	2	25
236	6	S	G04A	Aderente peritoneale varsta >49 cu CC	2.892	11.31	3	31
237	6	S	G04B	Aderente peritoneale varsta >49 sau cu CC	1.7579	8.35	2	21
238	6	S	G04C	Aderente peritoneale varsta <50 fara CC	1.0459	6.35	2	14
239	6	S	G05A	Proceduri minore pe intenstinul subtire si gros cu CC	1.9532	7.87	1	25
240	6	S	G05B	Proceduri minore pe intenstinul subtire si gros fara CC	1.0963	6.24	1	18
241	6	S	G06Z	Procedura piloromiotomie	1.0648	9.24	4	19
242	6	S	G07A	Apendicectomie cu CC catastrofal sau sever	1.6886	6.18	2	15

243	6	S	G07B	Apendicectomie fara CC catastrofal sau sever	0.8443	5.04	2	11
244	6	S	G08A	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta >59 sau cu (CC catastrofal sau sever)	1.0018	8.99	3	24
245	6	S	G08B	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta 1 la 59 fara CC catastrofal sau sever	0.5923	7.3	2	20
246	6	S	G09Z	Proceduri pentru hernia inghinala si femurala varsta >0	0.5797	6.42	2	17
247	6	S	G10Z	Proceduri pentru hernie varsta <1	0.5293	4.2	1	10
248	6	S	G11A	Proceduri anale si stomale cu CC catastrofal sau sever	1.2097	6.88	1	21
249	6	S	G11B	Proceduri anale si stomale fara CC catastrofal sau sever	0.4221	5.59	1	17
250	6	S	G12A	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofal sau sever	2.8479	10.78	1	45
251	6	S	G12B	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv fara CC catastrofal sau sever	0.8317	8.61	1	33
252	6	O	G42A	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0.9577	6.12	1	18
253	6	O	G42B	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0.1764	-	-	-
254	6	O	G43Z	Colonoscopie complexa	0.4032	5.07	1	16
255	6	O	G44A	Alte colonoscopii cu CC catastrofal sau sever	1.5437	5.06	1	15
256	6	O	G44B	Alte colonoscopii fara CC catastrofal sau sever	0.6364	4.01	1	12
257	6	O	G44C	Alte colonoscopii, de zi	0.2079	-	-	-
258	6	O	G45A	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0.7687	4.94	1	15
259	6	O	G45B	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0.1701	-	-	-
260	6	O	G46A	Gastroscopie complexa cu CC catastrofal sau sever	1.8335	6.55	1	19
261	6	O	G46B	Gastroscopie complexa fara CC catastrofal sau sever	0.838	4.96	1	15
262	6	O	G46C	Gastroscopie complexa, de zi	0.2394	-	-	-
263	6	M	G60A	Stare maligna digestiva cu CC catastrofal sau sever	0.9766	5.76	1	20
264	6	M	G60B	Stare maligna digestiva fara CC catastrofal sau sever	0.5041	4.51	1	14
265	6	M	G61A	Hemoragie gastrointestinala varsta >64 sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.4978	6.74	1	23
266	6	M	G61B	Hemoragie gastrointestinala varsta <65 fara CC catastrofal sau sever	0.2583	5.38	1	17
267	6	M	G62Z	Ulcer peptic complicat	0.9199	5.83	1	17
268	6	M	G63Z	Ulcer peptic necomplicat	0.2205	5.86	2	16
269	6	M	G64Z	Boala inflamatorie a intestinului	0.5356	5.59	1	18
270	6	M	G65A	Ocluzie intestinala cu CC	0.9703	5.3	1	18
271	6	M	G65B	Ocluzie intestinala fara CC	0.4473	4.25	1	13
272	6	M	G66A	Durere abdominala sau adenita mezenterica cu CC	0.4725	4.57	1	13
273	6	M	G66B	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC	0.2331	3.52	1	10
274	6	M	G67A	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani cu CC catastrofal/sever	0.8065	5.4	1	15
275	6	M	G67B	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani fara CC cat/sev	0.2709	4.6	1	13
276	6	M	G68A	Gastroenterita varsta <10 ani cu CC	0.7498	4.78	1	12

277	6	M	G68B	Gastroenterita varsta <10 ani fara CC	0.3402	4.26	1	11
278	6	M	G69Z	Esofagita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta <10 ani	0.3717	3.74	1	10
279	6	M	G70A	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0.7813	5.36	1	17
280	6	M	G70B	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fara CC	0.2394	4.38	1	14
281	7	S	H01A	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt cu CC catastrofal	5.5572	18.52	3	62
282	7	S	H01B	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt fara CC catastrofal	2.4825	15.3	3	46
283	7	S	H02A	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare maligna sau CC catastrofal	4.234	15.98	4	43
284	7	S	H02B	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna cu (CC moderat sau sever)	2.3753	15.99	5	42
285	7	S	H02C	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna fara CC	1.3294	13.66	3	41
286	7	S	H05A	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofal sau sever	2.432	8.63	2	25
287	7	S	H05B	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fara CC catastrofal sau sever	1.0648	6.54	2	16
288	7	S	H06Z	Alte proceduri in sala de operatii hepatobiliare si pancreatice	2.4825	8.51	2	27
289	7	S	H07A	Colecistectomie deschisa cu CDE inchis sau cu CC catastrofal	3.478	13.75	4	36
290	7	S	H07B	Colecistectomie deschisa fara CDE inchis fara CC catastrofal	1.5563	10.84	4	24
291	7	S	H08A	Colecistectomie laparoscopica cu CDE inchis sau cu (CC catastrofal sau sever)	1.7075	6.6	2	18
292	7	S	H08B	Colecistectomie laparoscopica fara CDE inchis fara CC catastrofal sau sever	0.8443	5.58	2	13
293	7	O	H40Z	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sangerande	1.9469	6.73	1	24
294	7	O	H41A	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofal sau sever	2.0099	9.02	1	32
295	7	O	H41B	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC catastrofal sau sever	0.838	5.87	1	18
296	7	O	H42A	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofal sau sever	1.8083	7.68	1	26
297	7	O	H42B	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC moderat	1.0144	6.13	1	22
298	7	O	H42C	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC	0.586	5.34	1	18
299	7	M	H60A	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC catastrofal	1.9406	7.86	2	26
300	7	M	H60B	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC sever	0.9136	6.95	1	22
301	7	M	H60C	Ciroza si hepatita alcoolica fara CC catastrofal sau sever	0.4347	6.65	2	20
302	7	M	H61A	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 cu CC catastrofal sau sever) sau cu CC catastrofal	1.3987	6.46	1	24
303	7	M	H61B	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (vge >69 fara CC catastrofal sau sever) sau fara CC catastrofal	0.6301	5.19	1	19
304	7	M	H62A	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne cu CC catastrofal sau sever	1.4428	7.02	2	21
305	7	M	H62B	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fara CC catastrofal sau sever	0.5797	6.1	1	19
306	7	M	H63A	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1.4996	6.6	1	21
307	7	M	H63B	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fara CC cat/sev	0.4095	5.77	1	19
308	7	M	H64A	Tulburari ale tractului biliar cu CC	0.8569	5.98	1	18

309	7	M	H64B	Tulburari ale tractului biliar fara CC	0.3465	4.94	1	15
310	8	S	I01Z	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremitatilor inferioare	5.7966	15.5	5	38
311	8	S	I02A	Transfer de tesut microvascular sau (greafa de piele cu CC catastrofal sau sever), cu exceptia mainii	6.9181	13.47	1	61
312	8	S	I02B	Grefe pe piele fara CC catastrofal sau sever, cu exceptia mainii	2.7534	11.59	1	55
313	8	S	I03A	Revizie a artroplastiei totale de sold cu CC catastrofal sau sever	6.1935	19.83	6	51
314	8	S	I03B	Inlocuire sold cu CC catastrofal sau sever sau revizie a artroplastiei totale de sold fara CC catastrofal sau sever	3.3834	16.61	6	37
315	8	S	I03C	Inlocuire sold fara CC catastrofal sau sever	2.7597	13.83	6	28
316	8	S	I04Z	Inlocuire si reatasare de genunchi	2.892	13.7	4	39
317	8	S	I05Z	Alte proceduri majore de inlocuire a articulatiilor si reatasare a unui membru	2.6652	-	-	-
318	8	S	I06Z	Artrodeza vertebrala cu diformitate	6.1683	13.9	3	43
319	8	S	I07Z	Amputatie	4.8767	19.28	3	66
320	8	S	I08A	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului cu CC catastrofal sau sever	3.1188	15.11	5	35
321	8	S	I08B	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului fara CC catastrofal sau sever	1.928	12.74	4	32
322	8	S	I09A	Artrodeza vertebrala cu CC catastrofal sau sever	5.6517	10.54	2	34
323	8	S	I09B	Artrodeza vertebrala fara CC catastrofal sau sever	3.0432	8.41	1	40
324	8	S	I10A	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului cu CC catastrofal sau sever	2.6967	9.78	2	29
325	8	S	I10B	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului fara CC catastrofal sau sever	1.3546	7.91	2	24
326	8	S	I11Z	Proceduri de alungire a membrelor	2.0603	11.84	1	60
327	8	S	I12A	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC catastrofal	4.9334	12.89	2	49
328	8	S	I12B	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC sever	2.6274	10.33	1	41
329	8	S	I12C	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv fara CC catastrofal sau sever	1.3546	9.99	1	42
330	8	S	I13A	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei cu CC catastrofal sau sever	2.9298	11.78	2	37
331	8	S	I13B	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei varsta >59 fara CC catastrofal sau sever	1.6004	10.82	2	33
332	8	S	I13C	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei varsta <60 fara CC catastrofal sau sever	1.2034	9	2	28
333	8	S	I14Z	Revizie a bontului de amputatie	1.487	9.91	1	43
334	8	S	I15Z	Chirurgie cranio-faciala	1.9343	-	-	-
335	8	S	I16Z	Alte proceduri la nivelul umarului	0.8695	5.13	1	20
336	8	S	I17Z	Chirurgie maxilo-faciala	1.4113	8.81	1	35
337	8	S	I18Z	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0.5167	4.71	1	16
338	8	S	I19Z	Alte proceduri la nivelul cotului si antebratului	0.9829	6.33	1	21
339	8	S	I20Z	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0.7939	7.19	1	26
340	8	S	I21Z	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare a soldului si femurului	0.8506	6.44	1	23
341	8	S	I23Z	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv sold si femur	0.4221	4.18	1	14
342	8	S	I24Z	Artroscopie	0.4536	2.77	1	8

343	8	S	I25Z	Proceduri diagnostic ale oaselor si a incheieturilor, incluzand biopsia	1.8146	6.43	1	22
344	8	S	I27A	Proceduri la nivelul tesuturilor moi cu CC catastrofal sau sever	2.1422	8.16	1	33
345	8	S	I27B	Proceduri la nivelul tesuturilor moi fara CC catastrofal sau sever	0.6868	5.62	1	20
346	8	S	I28A	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv cu CC	2.4699	6.88	1	26
347	8	S	I28B	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv fara CC	0.7435	5.25	1	18
348	8	S	I29Z	Reconstructie sau revizie a genunchiului	1.0711	4.46	1	13
349	8	S	I30Z	Proceduri la nivelul mainii	0.5545	4.58	1	15
350	8	M	I60Z	Fracturi ale diafizei femurale	1.7579	5.7	1	22
351	8	M	I61Z	Fracturi ale extremitatii distale femurale	1.3483	5.86	1	22
352	8	M	I63Z	Entorse, luxatii si dislocari ale soldului, pelvisului si coapsei	0.5356	6.18	1	22
353	8	M	I64A	Osteomielite cu CC	2.0162	9.78	1	39
354	8	M	I64B	Osteomielite fara CC	0.712	7.5	1	30
355	8	M	I65A	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica cu CC catastrofal sau sever	1.3609	6.78	1	26
356	8	M	I65B	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica tologica fara CC catastrofal sau sever	0.5671	5.04	1	19
357	8	M	I66A	Tulburari inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofal sau sever	2.2178	6.5	1	19
358	8	M	I66B	Tulburari inflamatorii musculoscheletale fara CC catastrofal sau sever	0.4221	5.41	1	16
359	8	M	I67A	Artrita septica cu CC catastrofal sau sever	2.3564	8.33	2	24
360	8	M	I67B	Artrita septica fara CC catastrofal sau sever	0.7939	6.45	1	22
361	8	M	I68A	Tulburari nechirurgicale ale coloanei cu CC	1.3294	6.78	2	18
362	8	M	I68B	Tulburari nechirurgicale ale coloanei fara CC	0.6049	5.75	1	20
363	8	M	I68C	Tulburari nechirurgicale ale coloanei, de zi	0.189	0	1	1
364	8	M	I69A	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 cu CC catastrofal sau sever	1.5626	7.24	2	21
365	8	M	I69B	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.5923	6.47	2	19
366	8	M	I69C	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta <75 fara CC catastrofal sau sever	0.2898	5.31	1	16
367	8	M	I70Z	Artropatii nespecifice	0.5482	6.47	2	19
368	8	M	I71A	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 cu CC	0.8695	7.84	2	21
369	8	M	I71B	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 sau cu CC	0.4032	6	1	18
370	8	M	I71C	Alte tulburari musculotendinoase varsta <70 fara CC	0.2646	5.08	1	17
371	8	M	I72A	Tulburari musculotendinoase specifice varsta >79 sau cu (CC catastrofal sau sever)	1.2034	7.58	2	21
372	8	M	I72B	Tulburari musculotendinoase specifice varsta <80 fara CC catastrofal sau sever	0.3339	5.67	1	18
373	8	M	I73A	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta >59 cu CC catastrofal sau sever	1.7768	9.93	1	41
374	8	M	I73B	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta >59 sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.6427	7.17	1	29
375	8	M	I73C	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta <60 fara CC catastrofal sau sever	0.3465	4.73	1	18
376	8	M	I74A	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 cu CC	1.1026	4.44	1	13

377	8	M	I74B	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 sau cu CC	0.4284	3.56	1	10
378	8	M	I74C	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC	0.2835	3.05	1	8
379	8	M	I75A	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta >64 cu CC	1.3861	4.81	1	16
380	8	M	I75B	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei varsta >64 sau cu CC	0.586	4.21	1	13
381	8	M	I75C	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC	0.2961	3.6	1	11
382	8	M	I76A	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 cu CC	1.1467	7.92	1	31
383	8	M	I76B	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 sau cu CC	0.4788	6.09	1	22
384	8	M	I76C	Alte tulburari musculoscheletale varsta <70 fara CC	0.2583	4.35	1	15
385	8	M	I77A	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofal sau sever	2.0477	8.48	1	31
386	8	M	I77B	Fracturi ale pelvisului fara CC catastrofal sau sever	0.9262	6.61	1	23
387	8	M	I78A	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofal sau sever	1.2979	7.28	1	29
388	8	M	I78B	Fracturi ale colului femural fara CC catastrofal sau sever	0.4284	5.56	1	21
389	9	S	J01Z	Transfer de tesut microvascular pentru piele, tesut subcutanat si tulburari ale sanului	4.8137	13.61	2	44
390	9	S	J06A	Proceduri majore pentru afectiuni maligne ale sanului	1.2097	10.71	3	31
391	9	S	J06B	Proceduri majore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0.9829	5.81	1	19
392	9	S	J07A	Proceduri minore pentru afectiuni maligne ale sanului	0.5482	4.8	1	18
393	9	S	J07B	Proceduri minore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0.378	4.61	1	14
394	9	S	J08A	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare cu CC catastrofal sau sever	2.0918	7.96	1	30
395	9	S	J08B	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare fara CC catastrofal sau sever	0.6112	4.86	1	17
396	9	S	J09Z	Proceduri perianale si pilonidale	0.4978	4.7	1	14
397	9	S	J10Z	Proceduri in sala de operatii ale pielii, tesutului subcutanat si chirurgie plastica la nivelul sanului	0.4473	5.08	1	18
398	9	S	J11Z	Alte proceduri ale pielii, tesutului subcutanat si sanului	0.2709	4.41	1	15
399	9	S	J12A	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita cu CC catastrofal	4.7444	12.84	2	41
400	9	S	J12B	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofal cu grefa de piele/lambou de reparare	2.6148	19.41	3	74
401	9	S	J12C	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofal fara grefa de piele/lambou de reparare	1.7768	9.18	2	29
402	9	S	J13A	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita cu grefa de piele (CC catastrofal sau sever)	2.4194	11.48	2	40
403	9	S	J13B	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita fara (grefa de piele si (CC catastrofal sau sever)	0.8947	7.01	1	28
404	9	S	J14Z	Reconstructii majore ale sanului	3.5347	-	-	-
405	9	M	J60A	Ulceratii ale pielii	1.4491	8.92	2	26
406	9	M	J60B	Ulceratie ale pielii, de zi	0.126	-	-	-
407	9	M	J62A	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 cu CC) sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.6742	5.76	1	22
408	9	M	J62B	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 fara CC) sau fara (CC catastrofal sau sever)	0.2394	4.1	1	14

409	9	M	J63Z	Tulburari nemaligne ale sanului	0.2772	4.36	1	14
410	9	M	J64A	Celulita varsta >59 cu CC catastrofal sau sever	1.342	8.92	2	25
411	9	M	J64B	Celulita (varsta >59 fara CC catastrofal sau sever) sau varsta <60	0.5608	6.24	1	19
412	9	M	J65A	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta >69	0.5545	5.27	1	16
413	9	M	J65B	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta <70	0.2709	3.7	1	12
414	9	M	J67A	Tulburari minore ale pielii	0.5923	4.85	1	14
415	9	M	J67B	Tulburari minore ale pielii, de zi	0.1575	0	1	1
416	9	M	J68A	Tulburari majore ale pielii	0.9199	6.23	1	19
417	9	M	J68B	Tulburari majore ale pielii, de zi	0.0882	-	-	-
418	10	S	K01Z	Proceduri ale piciorului diabetic	3.7867	10.84	2	37
419	10	S	K02Z	Proceduri la nivel de hipofiza	2.7849	13.74	5	33
420	10	S	K03Z	Proceduri adenale	2.6085	12.31	3	34
421	10	S	K04Z	Proceduri majore pentru obezitate	1.5689	5.53	2	13
422	10	S	K05Z	Proceduri paratiroide	1.2664	6.18	1	24
423	10	S	K06Z	Proceduri tiroida	1.1152	5.56	1	16
424	10	S	K07Z	Proceduri privind obezitatea	1.3357	7.92	1	36
425	10	S	K08Z	Proceduri privind tiroglosul	0.6616	6.46	2	19
426	10	S	K09Z	Alte proceduri in sala de operatii la nivel endocrin, nutritional si metabolic	2.7849	4.92	1	16
427	10	O	K40Z	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburari metabolice fara CC	0.3843	5.87	1	19
428	10	M	K60A	Diabet cu CC catastrofal sau sever	1.279	6.8	2	19
429	10	M	K60B	Diabet fara CC catastrofal sau sever	0.5734	5.9	1	18
430	10	M	K61Z	Perturbare nutritionala severa	2.306	5.82	1	18
431	10	M	K62A	Diverse tulburari metabolice cu CC catastrofal	1.5185	5.3	1	14
432	10	M	K62B	Diverse tulburari metabolice varsta >74 sau cu CC sever	0.7246	4.69	1	12
433	10	M	K62C	Diverse tulburari metabolice varsta <75 fara CC catastrofal sau sever	0.3843	4.18	1	12
434	10	M	K63Z	Erori innascute de metabolism	0.4158	4.79	1	16
435	10	M	K64A	Tulburari endocrine cu CC catastrofal sau sever	1.4239	5.3	1	14
436	10	M	K64B	Tulburari endocrine fara CC catastrofal sau sever	0.4851	4.78	1	12
437	11	S	L02A	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa cu CC catastrofal sau sever	4.0576	14.78	0	104
438	11	S	L02B	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa fara CC catastrofal sau sever	1.1971	-	-	-
439	11	S	L03A	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofal sau sever	4.1332	16.16	4	47
440	11	S	L03B	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori fara CC catastrofal sau sever	2.7345	13.77	4	38
441	11	S	L04A	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofal	3.6229	13.18	2	48
442	11	S	L04B	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC sever sau moderat	1.8461	9.92	2	35
443	11	S	L04C	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne fara	1.279	8.66	1	31

				CC				
444	11	S	L05A	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofal sau sever	2.2241	10.44	3	25
445	11	S	L05B	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofal sau sever	0.8821	9.17	3	24
446	11	S	L06A	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofal sau sever	1.9847	10.36	2	32
447	11	S	L06B	Proceduri minore ale vezicii urinare fara CC catastrofal sau sever	0.6364	8.04	1	27
448	11	S	L07A	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei cu CC catastrofal sau sever	1.279	7.7	2	22
449	11	S	L07B	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei fara CC catastrofal sau sever	0.523	6.55	2	19
450	11	S	L08A	Proceduri ale uretrei cu CC	0.8569	6.51	1	20
451	11	S	L08B	Proceduri ale uretrei fara CC	0.5419	5.8	1	18
452	11	S	L09A	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC catasatrofal	4.946	9.93	1	53
453	11	S	L09B	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC sever	2.1233	6.68	1	30
454	11	S	L09C	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofal sau sever	1.0459	4.59	1	16
455	11	O	L40Z	Ureteroscopie	0.6238	5.57	1	17
456	11	O	L41Z	Cistoureoscopie, de zi	0.2016	-	-	-
457	11	O	L42Z	Litotripsie extracorporeala pentru litiaza urinara	0.3969	4.89	1	14
458	11	M	L60A	Insuficienta renala cu CC catastrofal	2.2556	8.24	1	29
459	11	M	L60B	Insuficienta renala cu CC sever	1.216	6.98	1	23
460	11	M	L60C	Insuficienta renala fara CC catastrofal sau sever	0.6364	6.05	1	20
461	11	M	L61Z	Admitere pentru dializa renala	0.0945	-	-	-
462	11	M	L62A	Tumori ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofal sau sever	1.2601	6.32	1	24
463	11	M	L62B	Tumori ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofal sau sever	0.6112	4.57	1	16
464	11	M	L63A	Infectii ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofal	1.6445	7.8	2	22
465	11	M	L63B	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta >69 sau cu CC sever	0.7435	5.77	1	22
466	11	M	L63C	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta <70 fara CC catastrofal sau sever	0.4284	5.64	1	15
467	11	M	L64Z	Pietre si obstructie urinara	0.3276	4.87	1	14
468	11	M	L65A	Semne si simptome ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofal sau sever	0.9262	5.56	1	16
469	11	M	L65B	Semne si simptome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofal sau sever	0.3339	4.73	1	14
470	11	M	L66Z	Stricture uretrala	0.3528	5.12	1	17
471	11	M	L67A	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofal	2.0603	7.08	1	23
472	11	M	L67B	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC sever	0.8947	4.12	0	17
473	11	M	L67C	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofal sau sever	0.3087	5.13	1	16
474	12	S	M01Z	Proceduri majore pelvine la barbat	2.7723	16.5	6	36
475	12	S	M02A	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofal sau sever	1.6823	9.82	4	22
476	12	S	M02B	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofal sau sever	0.8695	8.45	3	20
477	12	S	M03A	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1.0963	4.32	1	13
478	12	S	M03B	Proceduri la nivelul penisului fara CC	0.5734	4.11	1	13
479	12	S	M04A	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1.0711	7.14	2	22
480	12	S	M04B	Proceduri la nivelul testiculelor fara CC	0.441	4.88	1	14

481	12	S	M05Z	Circumcizie	0.3213	3.22	1	9
482	12	S	M06A	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea maligna	1.9217	6.82	1	28
483	12	S	M06B	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptand cele pentru starea maligna	0.6049	6.66	1	22
484	12	O	M40Z	Cistouretroscopie fara CC	0.189	4.77	1	14
485	12	M	M60A	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofal sau sever	1.0081	5.78	1	21
486	12	M	M60B	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin fara CC catastrofal sau sever	0.3465	4.27	1	15
487	12	M	M61A	Hipertrofie prostatica benigna cu CC catastrofal sau sever	1.0837	5.64	1	17
488	12	M	M61B	Hipertrofie prostatica benigna fara CC catastrofal sau sever	0.2835	4.73	1	15
489	12	M	M62A	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0.7687	5.65	1	17
490	12	M	M62B	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin fara CC	0.3402	4.62	1	14
491	12	M	M63Z	Sterilizare, barbati	0.2646	-	-	-
492	12	M	M64Z	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0.252	4.17	1	13
493	13	S	N01Z	Eviscerare a pelvisului si vulvectomie radicala	3.3456	12.74	3	34
494	13	S	N02A	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor cu CC	3.0243	11.7	4	29
495	13	S	N02B	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor fara CC	1.6949	8.86	3	23
496	13	S	N03A	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor cu CC	2.5833	9.52	2	34
497	13	S	N03B	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor fara CC	1.5878	7.85	1	29
498	13	S	N04Z	Histerectomie pentru stare nemaligna	1.1719	9.73	4	20
499	13	S	N05A	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofal sau sever	1.9784	9.01	3	22
500	13	S	N05B	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fara CC catastrofal sau sever	0.9955	7.8	3	19
501	13	S	N06Z	Proceduri de reconstructie ale sistemului reproductiv feminin	0.9514	8.3	3	18
502	13	S	N07Z	Alte proceduri la nivel uterin si anexe pentru stare nemaligna	0.5104	4.05	1	12
503	13	S	N08Z	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0.4536	4.31	1	13
504	13	S	N09Z	Conizatie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin si vulvei	0.3087	4.06	1	13
505	13	S	N10Z	Curetaj diagnostic si histeroscopie diagnostica	0.2898	2.96	1	8
506	13	S	N11A	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta >64 cu stare maligna sau cu CC	2.8668	4.68	1	14
507	13	S	N11B	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta <65 fara neoplasm fara CC	0.3717	3.28	1	8
508	13	M	N60A	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofal sau sever	1.0963	7.03	1	28
509	13	M	N60B	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin fara CC catastrofal sau sever	0.5797	5.33	1	19
510	13	M	N61Z	Infectii, sistem reproductiv feminin	0.3969	4.49	1	12
511	13	M	N62A	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin cu CC	0.4347	4.5	1	12
512	13	M	N62B	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin fara CC	0.1827	3.54	1	10
513	14	S	O01A	Nastere prin cezariana cu CC catastrofal	2.3123	9.03	2	24

514	14	S	O01B	Nastere prin cezariana cu CC sever	1.5752	7.53	2	19
515	14	S	O01C	Nastere prin cezariana fara CC catastrofal sau sever	1.2223	6.48	2	16
516	14	S	O02A	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal sau sever	1.2412	5.82	2	14
517	14	S	O02B	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal sau sever	0.9388	5.26	2	12
518	14	S	O03Z	Sarcina ectopica	0.8128	6.34	2	16
519	14	S	O04Z	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0.586	3.48	1	10
520	14	S	O05Z	Avort cu proceduri in sala de operatii	0.2835	2.85	1	7
521	14	M	O60A	Nastere vaginala cu CC catastrofal sau sever	1.027	6	1	16
522	14	M	O60B	Nastere vaginala fara CC catastrofal sau sever	0.7309	4.89	2	11
523	14	M	O60C	Nastere vaginala singulara fara complicatii fara alte afectiuni	0.6238	4.83	2	11
524	14	M	O61Z	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0.3402	5.77	1	18
525	14	M	O63Z	Avort fara proceduri in sala de operatii	0.2394	3.06	1	9
526	14	M	O64A	False travaliu inainte de 37saptamani sau cu CC catastrofal	0.3276	4.11	1	12
527	14	M	O64B	False travaliu dupa 37 saptamani fara CC catastrofal	0.1449	3.74	1	11
528	14	M	O66A	Admitere prenatala si pentru alte probleme obstetrice	0.3654	4.44	1	12
529	14	M	O66B	Admitere prenatala si pentru alte probleme obstetrice, de zi	0.0945	0	1	1
530	15	S	P01Z	Neonatal decedat sau transferat <5 zile de admitere, cu proceduri in sala de operatii semnificative	0.7561	1.72	1	5
531	15	S	P02Z	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru neonatali	15.733	-	-	-
532	15	S	P03Z	Neonatal, greutate la admitere 1000-1499 g cu procedura in sala de operatii semnificativa	12.438	23.23	1	130
533	15	S	P04Z	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g cu procedura in sala de operatii semnificativa	9.9109	20.15	2	101
534	15	S	P05Z	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g cu procedura in sala de operatii semnificativa	6.414	13.78	2	53
535	15	S	P06A	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g cu procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme multiple majore	10.163	25.6	3	97
536	15	S	P06B	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g cu procedura in sala de operatii semnificativa fara probleme multiple majore	3.27	5.31	2	12
537	15	M	P60A	Neonatal decedat sau transferat <5 zile de admitere, fara procedura in sala de operatii semnificativa, nou-nascut	0.2709	1.58	1	5
538	15	M	P60B	Neonatal decedat sau transferat <5 zile de admitere, fara procedura in sala de operatii semnificativa, nu nou nascut	0.4536	1.33	1	4
539	15	M	P61Z	Neonatal, greutate la admitere < 750 g	22.689	14.47	1	55
540	15	M	P62Z	Neonatal, greutate la admitere 750-999 g	15.758	22.9	1	125
541	15	M	P63Z	Neonatal, greutate la admitere 1000-1249 g fara procedura in sala de operatii semnificativa	6.0801	22.25	1	120
542	15	M	P64Z	Neonatal, greutate la admitere 1250-1499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa	4.5113	21.78	1	121
543	15	M	P65A	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme multiple majore	4.6751	21.5	3	84
544	15	M	P65B	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme majore	3.1944	16.55	2	75

545	15	M	P65C	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu alte probleme	2.3312	16.26	2	64
546	15	M	P65D	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g fara procedura in sala de operatii semnificativa fara probleme	2.1296	15.66	2	71
547	15	M	P66A	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme multiple majore	2.5581	12.85	2	46
548	15	M	P66B	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme majore	2.0918	9.73	2	32
549	15	M	P66C	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu alte probleme	1.4176	8.61	2	24
550	15	M	P66D	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa fara probleme	0.6301	7.03	2	19
551	15	M	P67A	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme multiple majore	2.2934	9.66	2	29
552	15	M	P67B	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme majore	1.3042	6.15	2	15
553	15	M	P67C	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu alte probleme	0.7309	4.69	2	10
554	15	M	P67D	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa fara probleme	0.315	4.28	2	8
555	16	S	Q01Z	Splenectomie	2.3753	13.12	3	35
556	16	S	Q02A	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice cu CC catastrofal sau sever	3.3582	6.51	1	22
557	16	S	Q02B	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice fara CC catastrofal sau sever	0.6175	4.79	1	15
558	16	M	Q60A	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate cu CC catastrofal sau sever	1.5563	5.38	1	15
559	16	M	Q60B	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofal sau sever cu stare maligna	0.712	5.43	1	18
560	16	M	Q60C	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofal sau sever fara stare maligna	0.2331	4.88	1	15
561	16	M	Q61A	Tulburari ale globulelor rosii cu CC catastrofal	1.3168	7.27	1	23
562	16	M	Q61B	Tulburari ale globulelor rosii cu CC sever	0.649	6.3	1	20
563	16	M	Q61C	Tulburari ale globulelor rosii fara CC catastrofal sau sever	0.2268	5.31	1	19
564	16	M	Q62Z	Anomalii de coagulare	0.3969	5.37	1	20
565	17	S	R01A	Limfom si leucemie cu proceduri in sala de operatii majore cu CC catastrofal sau sever	6.3195	13.3	2	50
566	17	S	R01B	Limfom si leucemie cu proceduri in sala de operatii majore fara CC catastrofal sau sever	2.0162	7.27	1	26
567	17	S	R02A	Alte tulburari neoplazice cu proceduri in sala de operatii majore cu CC catastrofal sau sever	3.396	10.83	1	49
568	17	S	R02B	Alte tulburari neoplazice cu proceduri in sala de operatii majore fara CC catastrofal sau sever	1.8398	6.8	1	34
569	17	S	R03A	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal sau sever	4.8767	10.81	1	55

570	17	S	R03B	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal sau sever	0.9892	7.04	1	32
571	17	S	R04A	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal sau sever	1.5248	5.19	1	16
572	17	S	R04B	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal sau sever	0.712	4.92	1	17
573	17	M	R60A	Leucemie acuta cu CC catastrofal	5.387	15.4	1	78
574	17	M	R60B	Leucemie acuta cu CC sever	1.0648	9.26	1	44
575	17	M	R60C	Leucemie acuta fara CC catastrofal sau sever	0.6112	4.87	0	20
576	17	M	R61A	Limfom si leucemie non-acuta cu CC catastrofal	3.0936	7.31	1	29
577	17	M	R61B	Limfom si leucemie non-acuta fara CC catastrofal	1.0207	4.3	1	16
578	17	M	R61C	Limfom si leucemie non-acuta, de zi	0.1323	0	1	1
579	17	M	R62A	Alte tulburari neoplazice cu CC	1.1656	5.98	1	21
580	17	M	R62B	Alte tulburari neoplazice fara CC	0.4914	4.6	1	16
581	17	M	R63Z	Chimioterapie	0.1512	4.41	1	12
582	17	M	R64Z	Radioterapie	0.4095	4.31	2	8
583	18	M	S60Z	HIV, de zi	0.189	-	-	-
584	18	M	S65A	Boli conexe HIV cu CC catastrofal	5.4627	8.26	1	33
585	18	M	S65B	Boli conexe HIV cu CC sever	2.432	6.34	1	19
586	18	M	S65C	Boli conexe HIV fara CC catastrofal sau sever	1.5941	4.9	1	15
587	18	S	T01A	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC catastrofal	5.6769	11.75	1	51
588	18	S	T01B	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC sever sau moderat	2.4888	7.19	1	22
589	18	S	T01C	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare fara CC	1.3231	6.05	1	21
590	18	M	T60A	Septicemie cu CC catastrofal sau sever	1.7327	8.85	1	33
591	18	M	T60B	Septicemie fara CC catastrofal sau sever	0.8254	6.56	1	20
592	18	M	T61A	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta >54 sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.9514	8.64	2	29
593	18	M	T61B	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta <55 fara CC catastrofal sau sever	0.5545	6.5	1	23
594	18	M	T62A	Febra de origine necunoscuta cu CC	0.8443	5.25	1	15
595	18	M	T62B	Febra de origine necunoscuta fara CC	0.3969	4.38	1	13
596	18	M	T63A	Boala virala varsta >59 sau cu CC	0.5734	6.26	2	18
597	18	M	T63B	Boala virala varsta <60 fara CC	0.3087	5.01	1	15
598	18	M	T64A	Alte boli infectioase sau parazitare cu CC catastrofal sau sever	1.8146	6.28	2	17
599	18	M	T64B	Alte boli infectioase sau parazitare fara CC catastrofal sau sever	0.5608	5.62	1	16
600	19	O	U40Z	Tratament al sanatatii mentale, de zi, cu terapie electroconvulsiva (ECT)	0.1197	-	-	-
601	19	M	U60Z	Tratament al sanatatii mentale, de zi, fara terapie electroconvulsiva (ECT)	0.1134	0	1	1
602	19	M	U61A	Tulburari schizofrenice cu statut legal al sanatatii mentale	2.3942	-	-	-
603	19	M	U61B	Tulburari schizofrenice fara statut mental al sanatatii mentale	1.3168	14.06	2	52
604	19	M	U62A	Paranoia si tulburare psihica acuta cu CC catastrofal/sever sau cu statut legal al sanatatii mentale	1.928	10.96	2	38

605	19	M	U62B	Paranoia si tulburare psihica acuta fara CC catastrofal/sever fara statut legal al sanatatii mentale	0.9325	10.65	2	40
606	19	M	U63A	Tulburari afective majore varsta >69 sau cu (CC catastrofal sau sever)	2.2367	11.23	3	34
607	19	M	U63B	Tulburari afective majore Varsta <70 fara CC catastrofal sau sever	1.4996	11.08	3	33
608	19	M	U64Z	Alte tulburari afective si somatoforme	0.8695	8.34	2	27
609	19	M	U65Z	Tulburari de anxietate	0.6553	6.54	1	22
610	19	M	U66Z	Supralimentatie si tulburari obsesiv-compulsive	3.3204	5.36	1	17
611	19	M	U67Z	Tulburari de personalitate si reactii acute	0.8002	8.54	1	32
612	19	M	U68Z	Tulburari mentale in copilarie	1.6634	4.93	1	15
613	20	M	V60A	Intoxicatie cu alcool si sevraj cu CC	0.5545	9.37	1	41
614	20	M	V60B	Intoxicatie cu alcool si sevraj fara CC	0.2457	7.7	1	31
615	20	M	V61Z	Intoxicatii medicamentoase si sevraj	0.7309	7.67	1	32
616	20	M	V62A	Tulburare si dependenta datorite consumului de alcool	0.6805	8.63	1	34
617	20	M	V62B	Tulburare si dependenta datorite consumului de alcool, de zi	0.0882	-	-	-
618	20	M	V63A	Tulburari si dependenta datorite consumului de opiacee	0.3843	4.65	1	14
619	20	M	V63B	Tulburari si dependenta datorite consumului de opiacee, plecare impotriva sfatului medicului	0.3591	-	-	-
620	20	M	V64Z	Alte tulburari si dependente datorite consumului de droguri	0.3843	10.8	1	58
621	21	S	W01Z	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traumatisme multiple semnificative	15.254	23.19	4	81
622	21	S	W02Z	Proceduri la sold, femur si membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5.9478	18.02	5	46
623	21	S	W03Z	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4.5617	14.14	4	39
624	21	S	W04Z	Alte proceduri in sala de operatii pentru traumatisme multiple semnificative	5.0405	14.07	2	53
625	21	M	W60Z	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la alta unitate de ingrijiri acute, LOS<5 zile	0.9766	1.32	1	4
626	21	M	W61Z	Traumatisme multiple fara proceduri semnificative	2.0036	8.36	1	32
627	21	S	X02Z	Transfer de tesut microvascular sau grefa de piele pentru leziuni ale mainii	0.838	5.92	1	22
628	21	S	X04A	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta >59 sau cu CC	1.8272	9.28	1	38
629	21	S	X04B	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta <60 fara CC	0.7624	6.56	1	23
630	21	S	X05Z	Alte proceduri pentru leziuni ale mainii	0.5545	4.22	1	14
631	21	S	X06A	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofal sau sever	2.1611	5.14	1	20
632	21	S	X06B	Alte proceduri pentru alte leziuni fara CC catastrofal sau sever	0.6553	4.49	1	15
633	21	S	X07A	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular sau cu (CC catastrofal sau sever)	3.5158	17.22	2	76
634	21	S	X07B	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular fara CC catastrofal sau sever	1.5437	13.3	1	62
635	21	M	X60A	Leziuni varsta >64 cu CC	0.8506	6.56	1	22
636	21	M	X60B	Leziuni varsta >64 fara CC	0.2772	5.75	1	19
637	21	M	X60C	Leziuni varsta <65	0.2268	4.31	1	14
638	21	M	X61Z	Reactii alergice	0.2457	3.83	1	11

639	21	M	X62A	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta >59 sau cu CC	0.586	3.7	1	12
640	21	M	X62B	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta <60 fara CC	0.2457	2.27	1	6
641	21	M	X63A	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofal sau sever	0.9577	6.36	1	19
642	21	M	X63B	Sechele ale tratamentului fara CC catastrofal sau sever	0.3906	6.51	1	22
643	21	M	X64A	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta >59 sau cu CC	0.649	6.86	1	28
644	21	M	X64B	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta <60 fara CC	0.2268	4.84	1	17
645	22	S	Y01Z	Arsuri grave, cu adancime completa	28.87	25.47	2	141
646	22	S	Y02A	Alte arsuri cu grefa de piele varsta >64 sau cu (CC catastrofal sau sever) sau cu proceduri complicate	5.9163	21.89	4	72
647	22	S	Y02B	Alte arsuri cu grefa de piele varsta <65 fara (CC catastrofal sau sever) fara proceduri complicate	1.9469	24.78	3	102
648	22	S	Y03Z	Alte proceduri in sala de operatii pentru alte arsuri	1.1971	10.48	1	43
649	22	M	Y60Z	Arsuri, pacienti cu arsuri transferati catre alte unitati de ingrijiri acute < 5 zile	0.252	1.21	1	3
650	22	M	Y61Z	Arsuri grave	0.9325	11.75	1	49
651	22	M	Y62A	Alte arsuri varsta >64 sau cu (CC catastrofal sau sever) sau cu proceduri complicate	1.5311	9.77	2	34
652	22	M	Y62B	Alte arsuri varsta <65 fara (CC catastrofal sau sever) fara proceduri complicate	0.4347	6.57	1	25
653	23	S	Z01A	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatare cu CC catastrofal/sever	1.0585	4.35	1	13
654	23	S	Z01B	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatare fara CC catastrofal/sever	0.4536	3.37	1	11
655	23	O	Z40Z	Monitorizare dupa tratament complet cu endoscopie	0.1701	2.89	1	7
656	23	M	Z60A	Reabilitare cu CC catastrofal sau sever	2.1989	9.8	3	24
657	23	M	Z60B	Reabilitare fara CC catastrofal sau sever	1.1341	9.6	4	21
658	23	M	Z60C	Reabilitare, de zi	0.1575	-	-	-
659	23	M	Z61Z	Semne si simptome	0.441	5.22	1	18
660	23	M	Z62Z	Monitorizare fara endoscopie	0.189	4.09	1	14
661	23	M	Z63A	Alte post ingrijiri cu CC catastrofal sau sever	1.5122	5	1	16
662	23	M	Z63B	Alte post ingrijiri fara CC catastrofal sau sever	0.4914	4.26	1	15
663	23	M	Z64A	Alti factori care influenteaza starea de sanatate	0.5923	4.26	1	14
664	23	M	Z64B	Alti factori care influenteaza starea de sanatate, de zi	0.1323	-	-	-
665	23	M	Z65Z	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0.441	5.07	1	17

NOTA:

"-" semnifica un numar insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului

Valorile relative pentru fiecare DRG au fost normalizate la valoarea ICM-ului national pentru semestrul I 2007, de 0,8012.

DMS si limitele duratei de spitalizare pentru fiecare grupe DRG au fost calculate pe baza datelor raportate de spitale in perioada ianuarie-decembrie 2009.

M - categorie Medicala, S - categorie chirurgicala, O - Alte categorii

A. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENȚĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ țintă/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon
2. Cod numeric personal
3. Greutate Kg
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU | Programare examen RMN
Alte case | Data:
..... | Ora:
5. Internat DA/NU - |
Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)/NU
6. S-au epuizat celelalte metode | *) Se va aplica semnătura și parafa
de diagnostic: | medicului de specialitate radiologie și
| imagistică medicală
| Precizări:
DA/NU |
7. Dg. trimitere | Observații speciale legate de pacient:
..... | 1. Asistat cardiorespirator DA/NU
..... | 2. Cooperare previzibilă Normală/Dificilă
8. Date clinice și paraclinice | 3. Antecedente alergice DA/NU
care să justifice explorarea | 4. Astm bronșic DA/NU
RMN: | 5. Crize epileptice DA/NU
..... | 6. Suspiciune de sarcină DA/NU
..... | 7. Claustrofobie
..... | 8. Clipuri chirurgicale, materiale
..... | metalice de sutură
..... | 9. Valve cardiace, ventriculare
..... | 10. Proteze auditive
..... | 11. Dispozitive intrauterine
..... | 12. Proteze articulare, materiale de
9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU | osteosinteză
| 13. Materiale stomatologice
Dacă DA Data Unde | 14. Alte proteze
Trimis de (spital, clinică) | 15. Meserii legate de prelucrarea
..... | metalelor (schițe, obiecte metalice)
Medic solicitant Data: | 16. Corpi străini intraocular
Semnătura și parafa medicului | 17. Schițe, gloanțe, obiecte metalice
solicitant |
| Semnătura pacientului

Aviz șef secție solicitantă cu
asumarea responsabilității**):
(semnătura și parafa)

În caz de urgență, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2 - 3 ore, iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore.

| PREZENȚA UNUI PACEMAKER ESTE O
| CONTRAINDICAȚIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!! |
|

**) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

B. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENȚĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ țintă/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal
3. Greutate Kg | Programare examen CT
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU
Alte case | Data:
| Ora:
5. Internat DA/NU -
Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)/NU
*) Se va aplica semnătura și parafa
medicului de specialitate radiologie și
imagistică medicală
6. S-au epuizat celelalte metode
de diagnostic: DA/NU | Precizări:
7. Dg. trimitere
.....
8. Date clinice și paraclinice care | Diagnostic CT stabilit
să justifice explorarea CT:
.....
.....
.....
9. Examen CT anterior: DA/NU
10. Toleranță la substanța iodată: |
DA/NU
Trimis de (spital, clinică)
Medic solicitant Data:

Semnătura și parafa medicului
solicitant

Aviz șef secție solicitantă cu
asumarea responsabilității*):
(semnătura și parafa)

Pentru URGENȚE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore,
iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

C. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENȚĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat
Organ/segment anatomic de examinat
1. Pacient: Nume Prenume telefon
2. Cod numeric personal
3. Greutate Kg | Programare examen scintigrafic
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU
Alte case | Data:
| Ora:
5. Internat DA/NU -
Secția nr. FO
6. S-au epuizat celelalte metode de
diagnostic: DA/NU | Precizări*):
7. Dg. trimitere
.....
8. Date clinice și paraclinice care | Diagnostic scintigrafic stabilit
să justifice explorarea
.....
.....
.....
9. Examen scintigrafic anterior: |
DA/NU
10. Stări alergice*): DA/NU | Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică) | (acolo unde este necesară confirmarea)
Medic solicitant Data:
Semnătura și parafa medicului
solicitant |

Aviz șef secție solicitantă cu
asumarea responsabilității*):
(semnătura și parafa)

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore,
iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil
pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

D. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENȚĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

Tip de examen angiografic indicat
Organ/segment anatomic de examinat
1. Pacient: Nume Prenume telefon
2. Cod numeric personal
3. Greutate Kg | Programare examen angiografic
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU |
Alte case | Data:
| Ora:
5. Internat DA/NU - |
Secția nr. FO |
6. S-au epuizat celelalte metode de |
diagnostic: DA/NU | Precizări*):
7. Dg. trimitere |
..... |
..... | Observații speciale legate de pacient:
8. Date clinice și paraclinice care | 1) Pacient diabetic DA/NU
să justifice explorarea | - în tratament cu sulfamide
..... | hipoglicemizante DA/NU
..... | (dacă DA se oprește tratamentul cu 48
..... | de ore înaintea investigației)
..... | 2) Hepatita DA/NU
..... | Diagnostic angiografic stabilit
..... |
..... |
..... |
..... |
..... |
9. Examen angiografic anterior: |
DA/NU |
10. Puls: - arteră femurală dreaptă | *) - Pacientul se va prezenta
..... | obligatoriu cu următoarele teste
- arteră femurală stângă | efectuate: activitatea protrombolică
..... | și timpul de protrombină determinate
..... | în ziua efectuării investigației,
..... | creatinină, uree, ECG, tensiune
..... | arterială, antigen HbS, test HIV
..... | - Administrarea anticoagulantelor
..... | cumarinice trebuie oprită cu 72 de ore
..... | înaintea investigației; medicația
..... | antihipertensivă și antiaritmice NU
..... | se oprește;
..... |
..... | Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică) | (acolo unde este necesară confirmarea)
Medic solicitant Data: |
Semnătura și parafa medicului |
solicitant |

Aviz șef secție solicitantă cu
asumarea responsabilității*):
(semnătura și parafa)

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore,
iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil
pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

Semnătura și parafa medicului care a efectuat investigația

NOTĂ la anexa nr. 18:

Pentru ca examenele de CT, RMN, scintigrafie și angiografie să fie decontate de casele de asigurări de sănătate, fișele de solicitare pentru aceste investigații trebuie să conțină toate datele solicitate conform modelelor.

În caz contrar casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile respective.

ANEXA 19

**DURATA OPTIMĂ DE SPITALIZARE/SECȚII
valabilă pentru toate categoriile de spitale, stabilită de comisiile de specialitate
ale Ministerului Sănătății**

Secția sau compartimentul	Durata optimă de spitalizare (zile)
1. Anestezie și terapie intensivă - ATI	5
2. Recuperare, medicină fizică și balneologie	12
3. Boli infecțioase	10
4. Cardiologie	8,70
5. Chirurgie generală	7
6. Chirurgie pediatrică	4
7. Chirurgie cardiovasculară	9
8. Chirurgie vasculară	7
9. Chirurgie toracică	9
10. Chirurgie orală și maxilo-facială	5
11. Chirurgie plastică - microchirurgie reconstructivă*)	7
12. Cronici	14
13. Dermato-venerologie	7
14. Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	6,5
15. Endocrinologie	7
16. Pneumologie - TBC**)	40
17. Pneumologie	12
18. Gastro-enterologie	6
19. Ginecologie	4,5
20. Hematologie	9
21. Medicină generală	7
22. Medicină internă	8
23. Nefrologie	8
24. Neurochirurgie	7
25. Neurologie	9,5
26. Neuropsihiatrie	14
27. Nevroze	14,12
28. Neonatologie	5
29. Obstetrică	5
30. Obstetrică-ginecologie	5

31. Oftalmologie	5
32. Oncologie medicală	7
33. Otorinolaringologie - O.R.L.	6
34. Ortopedie și traumatologie	9,3
35. Pediatrie	7
36. Neonatologie - prematuri (***)	16,5
37. Psihiatrie acuti	17
38. Psihiatrie cronici	50
39. Reumatologie	10
40. Urologie	8,5
41. Geriatrie și gerontologie	14
42. Alergologie și imunologie clinică	8
43. Toxicologie	5
44. Toxicodependență	21
45. Alte specialități medicale	5

*) Pentru secțiile de arși, durata optimă de spitalizare este de 14 zile.

**) Pentru tuberculoza multidrorezistentă (TB MDR) durata optimă de spitalizare este de 120 de zile.

***) pentru prematurul mic și foarte mic durata optimă de spitalizare este de 110 zile.

NOTĂ: 1. La spitalele/secțiile de psihiatrie cronici, pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihic încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), duratele medii de spitalizare sunt cele efectiv realizate în anul precedent.

2. Pentru Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie de Copii București, Centrul de Patologie Neuromusculară <<Dr. Radu Horia>> Vâlcele, județul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru Centrul Medical de Recuperare Neuropsihomotorie <<Gura Ocniței>>, județul Dâmbovița și Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie <<Dezna>>, județul Arad, durata optimă de spitalizare este de 20 de zile.

3. La spitalele/secțiile aferente poziției nr. 2 din tabel, durata optimă de spitalizare pentru recuperare pediatrică - distrofici și patologie posttraumatică sau neurologică de tip infirmitate motorie cerebrală pediatrică este de 60 de zile, iar pentru recuperare medicală, alta decât cea de medicină fizică și balneologie, este de 21 de zile, cu excepția cazurilor complexe după intervenții neurochirurgicale: traumatisme vertebro-medulare, traumatisme cranio-cerebrale, tumori operate și cazuri complexe neurologice: hemiplegie, boala Parkinson, scleroza multiplă, sechele motorii postencefalopatii, pentru care durata optimă de spitalizare este de 30 de zile.

4. Pentru Spitalul de Cardiologie Covasna, durata optimă de spitalizare este de 16 zile. Pentru secția de recuperare, medicină fizică și balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, durata optimă de spitalizare este de 21 de zile.

ANEXA 19 A

I. Contul de execuție a bugetului instituției publice - Cheltuieli la data de

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - anuale
- B - trimestriale
- C - bugetare
- D - legale
- E - totale
- F - pe luna anterioară

- mii lei -

Denumirea indicatorului	Clasificația bugetară	Credite bugetare		Angajamente		Plăți efectuate, din care:	
		A	B	C	D	E	F
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01						
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10						
Cheltuieli salariale în bani	10,01						
Salarii de bază	10,01,01						
Salarii de merit	10,01,02						
Indemnizații de conducere	10,01,03						
Spor de vechime	10,01,04						
Alte sporuri	10,01,06						
Ore suplimentare	10,01,07						
Fond de premii	10,01,08						
Prima de vacanță	10,01,09						
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10,01,12						
Indemnizații de delegare	10,01,13						
Indemnizații de detașare	10,01,14						
Alocații pentru locuințe	10,01,16						
Alte drepturi salariale în bani	10,01,30						
Contribuții	10,03						
Contribuții de asigurări sociale de stat	10,03,01						
Contribuții de asigurări de șomaj	10,03,02						
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10,03,03						
Contribuții de asigurări							

pentru accidente de muncă și boli profesionale	10,03,04					
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10,03,06					
Contribuții la Fondul de garantare a creanțelor salariale	10,03,07					
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII total,	20					
Bunuri și servicii	20,01					
Furnituri de birou	20,01,01					
Materiale pentru curățenie	20,01,02					
Încălzit, iluminat și forță motrică	20,01,03					
Apă, canal și salubritate	20,01,04					
Carburanți și lubrifianți	20,01,05					
Piese de schimb	20,01,06					
Transport	20,01,07					
Poștă, telecomunicații, radio, TV, internet	20,01,08					
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20,01,09					
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20,01,30					
Reparații curente	20,02					
Medicamente și materiale sanitare	20,04					
Hrană	20,03					
Hrană pentru oameni	20,03,01					
Hrană pentru animale	20,03,02					
Medicamente	20,04,01					
Materiale sanitare	20,04,02					
Reactivi	20,04,03					
Dezinfectanți	20,04,04					
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20,05					
Alte obiecte de inventar	20,05,30					
Deplasări, detașări, transferări	20,06					
Deplasări interne, detașări, transferări	20,06,01					
Deplasări în străinătate	20,06,02					
Materiale de laborator	20,09					
Cărți, publicații și materiale documentare	20,11					
Consultanță și expertiză	20,12					
Pregătire profesională	20,13					

Protecția muncii	20,14					
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20,24					
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20,25					
Alte cheltuieli	20,3					
Protocol și reprezentare	20,30,02					
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20,30,30					
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE total,	51					
din care:						
Acțiuni de sănătate	51,01,03					
Programe pentru sănătate	51,01,25					
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51,01,38					
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51,01,08					
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51,02,11					
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51,02,12					

II. Date cu caracter general

1. Număr cazuri externe, realizate în luna anterioară pentru spitalizare continuă	
2. Număr servicii medicale spitalicești realizate în regim de spitalizare de zi, pe tipuri de cazuri rezolvate/servicii, în luna anterioară	
3. Număr servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu, realizate în luna anterioară	
4. Tarif/caz rezolvat pentru spitalele finanțate în sistem DRG	
5. Tarif mediu pe caz rezolvat contractat*)	
6. Tarif pe zi de spitalizare contractat*)	
7. Tarif pe serviciu medical/tarif pe caz rezolvat în regim de	

spitalizare de zi		
contractat*)		

NOTĂ:

*) Tarifele menționate la pct. 5, 6, 7 sunt valabile pe durata de derulare a contractului de furnizare servicii medicale spitalicești

ANEXA 20

**CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitalicești**

I. Părțile contractante

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

Și

Unitatea sanitară cu pături, cu sediul în, str. nr., telefon: fix/mobil, faxe-mail....., reprezentat prin,

II. Obiectul contractului

ART. 1 (1) Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistență medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

(2) Activitățile suplimentare și alte obligații de plată din partea caselor de asigurări de sănătate sunt prevăzute în actele adiționale la prezentul contract.

III. Servicii medicale spitalicești

Art.2 (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicului de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități. Fac excepție urgențele medico-chirurgicale, bolile cu potențial endemo-epidemic care necesită izolare și tratament, internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi

penale, precum și cazurile care au recomandare de internare într-un spital de la medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care beneficiază de internare fără bilet de internare.

(2) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:

- a) consultații;
- b) investigații;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratamente medicale și/sau chirurgicale;
- e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2010.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, autorizați și evaluați, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate, și validate conform normelor, în limita valorii de contract;

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

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, dar numai după îndeplinirea obligației prevăzută la art. 6 lit. ac), contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a

documentelor însoțitoare, depuse până la data prevăzută în contract, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme:

g) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicești; în cazul serviciilor medicale spitalicești acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat astfel încât decontarea cazurilor externate și raportate să se încadreze în sumele contractate, funcție de realizarea indicatorilor negociați, conform normelor;

j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceștia. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

k) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale spitalicești are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

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

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; pentru asigurații incluși în programul național cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați prin actele normative în vigoare;

h) să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcției de sanatare publica judetene sau a municipiului

Bucuresti, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul contract; avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 30 de zile de la data semnării contractului;

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

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

k) să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

l) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;

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

n) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

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

p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

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

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

s) să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

t) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de

asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și în normele de aplicare a acestuia;

v) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală transmisă direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală va fi un document tipizat care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la furnizor, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu de specialitate, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;

x) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz;

y) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010; precum și nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari, numiți prin ordin al ministrului sănătății în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective;

z) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

w) 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 Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

aa) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

ab) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

ac) să afișeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 ;

ad) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ae) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgențe, cu evidențierea numărului cazurilor internate, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 ;

af) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară – bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

ag) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi, prescripția medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

ah) să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație și conform unui buget orientativ, în condițiile stabilite prin norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobat prin H.G.nr. 262/2010.

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecțiunile acute, care se stabilește astfel:

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2009*)	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2010**)	Suma
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C3 \times C4$
TOTAL				

*) Indicele de case-mix pentru anul 2009 este prezentat în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010.

***) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2010 este prezentat în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

b) Suma pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale, care se stabilește astfel:

Secția/ Compartimentul	Nr. cazuri externate	Durată optimă de spitalizare sau, după caz, durata de	Tarif pe zi de spitalizare/ secție/ compartiment	Suma

		spitalizare efectiv realizată*)		
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C3 \times C4$
TOTAL				

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010 .

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabilește astfel:

Număr paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat și este de lei.

c) Suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din spitalele de cronici și de recuperare, care se stabilește astfel:

Secția/ Compartimentul	Nr. cazuri externate	Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități	Suma
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL			

d) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabilește astfel:

Numărul de servicii medicale, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat*)	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
C1	C2	$C3 = C1 \times C2$
TOTAL	X	

*) Tariful pe serviciu medical se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010 .

Tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate, și nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv - pentru spitalele finanțate în sistem DRG;

- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate - pentru spitalele finanțate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități.

- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat: sistem DRG și tarif mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale.

(2) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2010 este de lei.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2010 se defalchează lunar și trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

(4) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, dar numai după îndeplinirea obligației prevăzută la art. 6 lit. (ac), casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(5) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract până la această dată, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(6) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 60 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr 262/2010 și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40 % din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(7) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute în prezentul contract, atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(8) Reținerea sumei conform alin. (7) se face, din prima plată care urmează a fi efectuată.

(9) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (7) în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 8 Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 9 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 10 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 11 Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 14 În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea acesteia și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract, aflat în derulare se preia de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri

X. Încetarea și suspendarea contractului

Art. 15 (1) - Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar; respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv dovezii de evaluare;

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

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 18 și art. 20 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin HG nr. 262/2010, nu se aplică unităților sanitare cu paturi.

ART.16 Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

ART. 17 Situațiile prevăzute la art. 15 alin. (1) și la art. 16 lit. b) și c) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 15 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 18 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 19 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

ART. 20 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile art. 7 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză

declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 22 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

..... ..

Director executiv al
Direcției economice,

.....

Director executiv al
Direcției Relații Contractuale

.....

Vizat

Juridic, Contencios

.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Manager,

.....

Director medical,

.....

Director financiar-contabil,

.....

Director de îngrijiri,

.....

Director de cercetare-dezvoltare,

.....

Anexa la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești nr.....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate și certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.....
- actul de înființare sau de organizare a unității sanitare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz nr.,
- autorizația sanitară de funcționare nr.,
- dovada de evaluare nr.,
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare
- contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat (valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada de derulare a contractului) nr.,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr.....,
- lista afecțiunilor care nu pot fi monitorizate în ambulatoriu și impun internarea, conform prevederilor art. 60 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 ;
- lista materialelor sanitare și a medicamentelor - denumiri comune internaționale (DCI) și forma farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării, cu menționarea DCI-urilor care pot fi recomandate cu aprobarea medicului șef de secție sau cu aprobarea consiliului medical;
- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului,
- documente necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, conform anexei nr. 16A la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;
- indicatorii specifici stabiliți prin anexa nr. 17 la Normele metodologice,
- indicatorii de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari;

I. Act adițional

Pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete de specialitate integrate ale spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru cabinetele prevăzute la art. 47, alin. (2) , lit. b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, suma stabilită conform prevederilor anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010

Actul adițional se adaptează conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice.

II. Act adițional

Privind suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu finanțată din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010

Actul adițional se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

ANEXA 21

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE în asistența medicală de urgență și transport sanitar

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază în asistența medicală de urgență și transport sanitar

A. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale majore (cod roșu) decontate de casele de asigurări de sănătate:

1. OBSTETRICĂ – GINECOLOGIE

- mama este inconștientă
- mama prezintă convulsii
- tegumentele mamei sunt reci și umede, stare de leșin (insuficiență cardio-vasculară)
- nou-născutul nu plânge/respiră
- copilul a fost născut, mama prezintă hemoragie
- hemoragie după săptămâna 20 de sarcină
- contracții uterine puternice după săptămâna 36 de sarcină

- membrane rupte după săptămâna 36 de sarcină
- membrane rupte sau senzația mamei de împingere cu copil cunoscut sau suspionat a fi în poziție anormală
- pacientă inconștientă cu probleme ginecologice/obstetrice
- dispnee, probleme ginecologice/obstetrice
- durere acută abdominală, palid, transpirat, aproape de sincopă
- sângerare, paloare, transpirație sau aproape de sincopă
- pacientă însărcinată, traumatism abdominal, contracții sau sângerare
- sângerare majoră, sarcină mai mare de 20 de săptămâni
- contracții puternice între săpt. 20 - 36 de sarcină
- durere și sângerare (în cantități mici sau mari) după săpt. 20 de sarcină
- convulsii în timpul sarcinii

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ

- inconștientă
- nivel scăzut de conștientă
- dificultate serioasă în respirație
- tegumente palide și umede, aproape sincopă
- pacient slăbit cu durere toracică
- durere toracică și greață

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE

- suspiciunea mai multor victime grav afectate
- inconștient, după arsură termică/electrică
- nivel scăzut al conștienței după arsură termică/electrică
- dificultăți în respirație după arsura termică/electrică
- suspect de leziuni datorate inhalării de fum
- mai mult de 20% suprafață arsă suspionată/leziune corozivă sau dacă implică cap/față (adult)
- mai mult de 10% suprafață arsă suspionată/leziune corozivă sau dacă implică cap/față (copil sub 10 ani)
- suspiciune de arsuri severe, informații incerte
- suspiciune de arsură electrică cu voltaj înalt
- suspiciune de cădere, leziuni grave suspionate

4. ÎNEC/IMERSIE ÎN APĂ

- mai multe victime, imersie în apă sau dispărute
- imersie în apă confirmată, inconștient
- imersie în apă cu dificultăți în respirație
- victimă aflată încă în apă
- pacient cu imersie în apă mai mult de un minut
- accident prin săritură în apă
- leziune extinsă și imersie în apă
- suspiciune de hipotermie
- dezorientat/confuz, fără dificultăți în respirație
- tuse severă posibilă aspirație

5. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE

- mai multe victime, imersie, rănite sau dispărute
- victimă aflată încă în apă
- inconștient după scufundare
- tegumente reci și umede, aproape sincopă
- confuz sau agitat după scufundare

- paralizie sau amețeli în diferite părți ale corpului
- leziuni extinse vizibile
- suspiciune de hipotermie moderată sau severă
- toate simptomele apar în primele 24 h de la scufundare (diferite niveluri de conștiență, paralizii, alte simptome neurologice, dureri, simptome legate de tegumente)

6. MUȘCĂTURI DE ANIMALE/ ÎNȚEPĂTURI DE INSECTE

- inconștient
- dificultăți în respirație
- tegumente palide și umede, aproape sincopă
- mușcătură de viperă cu simptome generale
- mușcătură de viperă la copil mic
- hemoragie necontrolată după mușcătură
- înțepătură de insecte în gură sau gâtul unui copil

7. CĂDERI ȘI ALTE ACCIDENTE

- Susp. mai multe victime grave
- Susp. inconștient în urma accidentului
- Greutate la respirație în urma accidentului
- Starea de conștiență în deteriorare sau starea de obnubilare prelungită
- Paralizie
- Paloare, transpirații, aproape inconștient
- Sângerare necontrolabilă
- Strivire sau leziuni penetrant la nivelul: capului, a gâtului, a abdomenului sau a coapsei.
 - Leziuni semnificative la nivelul a două sau mai multor părți ale corpului
 - Fractură de femur sau multiple fracturi deasupra nivelului mâinii sau al piciorului
 - Extremitate smulsă deasupra nivelului degetelor
 - Pacient carcerat, blocat etc.
 - Cădere de peste 4 metri fără alte criterii de urgență
 - Susp. de traumatism prin energie mare, informații neclare
 - Dureri precordiale pre-existente, amețeli acute, cefalee, diabet
 - Dureri mari (fără alte criterii de urgență)

8. INTOXICAȚII, COPII

- Inconștient în urma intoxicării
- Dificultăți în respirații relatate la intoxicație
- Ingerarea unor doze periculoase cu simptome precoce
- Greutate în deglutiție în urma intoxicației
- Paloare, transpirații și obnubilare
- Convulsii în urma intoxicației
- Informații neclare despre substanțe și simptome

9. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEȚEI ȘI ALE GÂTULUI

- Inconștient mai mult de 5 minute
- Dificultăți în respirație în urma unui traumatism cranian
- Nivelul conștienței în scădere sau scăzut pentru o perioadă prelungită
- Pacient neliniștit, confuz, necontrolabil sau agresiv
- Traumă craniană și convulsii
- Traumă craniană și paralizie
- Palid, transpirat, obnubilat
- Strivire sau plagă penetrantă a feței, mandibulei sau a gâtului

- Traumă craniană cu alte leziuni semnificative
- Pacient carcerat sau blocat
- Accident forestier
- Cădere peste 4 metri fără alte criterii de urgență
- Suspect traumă indusă prin energie mare, informații neclare
- Pacient neajutorat, izolat, în risc de hipotermie
- Dureri intense nesuportabile

10. HIPO-HIPERTERMIA

- Dificultate în respirație cu hipotermie
- Neliniștit, confuz sau necooperant cu hipo-hipertermie
- Alte leziuni extinse cu hipotermie
- Susp. de hipotermie gravă, sub 32 grade
- Pacient slăbit cu susp. de hipertermie

11. INCIDENT MAJOR

- Incendiu – Explozie
- Prăbușire de avion
- Accident de tren - tram.
- Accident rutier
- Dezastru natural
- Scăpări de gaze
- Accident naval
- Atac terorist, război
- Alte dezastre
- Posibile dezastre sau accidente în masă

12. LEZIUNI CHIMICE

- Susp. multiple victime
- Inconștient în urma leziunilor chimice
- Nivelul de conștiență scăzut în urma accidentului chimic
- Greutate în respirație în urma incidentului chimic
- Dificultate în respirație în urma accidentului chimic
- Palid, transpirat, aproape inconștient
- Peste 15% suprafață leziuni cu subst. corosivă la adult
- Peste 10% leziuni cu subst. corosivă la copii
- Ingestie de subst. alcaloidă la copii
- Susp. de leziuni grave. Nu avem informații clare
- Incident major
- Scăpări de gaze sau pericol de explozie în zonă populată
- Accident cu subst. hazardoase implicate
- Ingestie de substanțe caustice, antigel, organofosforice

13. ACCIDENT RUTIER

- Susp. multiple victime cu leziuni serioase
- Inconștient în urma accidentului
- Dispnee în urma accidentului
- Stare de conștiență în scădere sau obnubilare prelungită
- Traumă craniană cu neliniște, agresiv sau convulsii
- Palid, transpirat obnubilat
- Paralizie în urma accidentului
- Strivire sau leziuni penetrante la nivelul capului, al gâtului, al toracelui, al abdomenului sau al coapsei.

- Leziuni semnificative la nivelul unei sau mai multor părți ale corpului
- Fractură de femur, sau multiple fracturi deasupra nivelului mâinii sau a piciorului
- Victimă blocată
- Susp. traumă prin energie mare, informații neclare
- Accident cu substanțe chimice periculoase
- Dureri precordiale, amețeli, cefalee, diabet preexistente
- A fost inconștient dar acum este bine și fără alte criterii de urgență
- Durere intensă fără alte criterii aparente de urgență

14. VIOLENȚĂ; AGRESIUNE

- suspect de afecțiuni severe
- inconștient după violență
- Dispnee după violență
- nivel scăzut al stării de conștiență
- leziuni la nivelul extremității cervico-cefalice, pacient agresiv sau calm
- leziuni la nivelul capului și convulsii
- paralizie după violență
- sângerare incontrollabilă sau paloare, transpirații, aproape de sincopă
- leziuni penetrante sau prin compresiune la nivelul capului, gâtului, toracelui, abdomenului, coapsei
- leziuni semnificative în două sau mai multe locuri ale corpului
- leziuni severe suspecte, informații neclare

15. ALERGII

- inconștient după reacția alergică
- reacție alergică imediată cu dificultăți respiratorii
- reacție alergică, dificultăți la vorbire și deglutiție
- reacție alergică, edem glotic
- rece și transpirat, aproape de sincopă
- simptome imediate, antecedente de șoc anafilactic

16. SINCOPA

- Inconștient, obnubilat
- inconștient, respirație anormală
- căderea nivelului de conștiență sau prelungirea perioadei cu nivel scăzut al conștienței
- antecedente neclare de boală sau inconștiență
- aproape de sincopă, palid și transpirat
- cefalee intensă acută anormală, pierderea stării de conștiență
- diabetic cunoscut aflat în stare de inconștiență
- sângerare nedatorată unui traumatism, pierderea stării de conștiență

17. SÂNGERAREA

- inconștient și sângerează, cauză netraumatică
- dispnee și sângerare, de cauză nontraumatică
- aproape de sincopă, palid și transpirat
- hematemeză, palid și transpirat
- scaune închise la culoare și tare, pacient transpirat, palid
- sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare semnificativă
- sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare (cantități mici sau mari însoțite de durere)
- sângerare masivă necontrolată

18. DURERI TORACICE

- inconștient după durere toracică
- dispnee și durere toracică
- durere toracică tipică în infarctul de miocard
- durere toracică, palid și transpirat
- durere toracică aproape de sincopă
- suspectarea unor probleme cardiace severe, persoana care face apelul nu se află lângă pacient

19. DIABET ZAHARAT

- cunoscut diabetic aflat în stare de inconștiență
- diabetic cunoscut, dispneic
- diabetic cunoscut, prezintă convulsii
- diabetic cunoscut cu dureri toracice severe

20. TEMPERATURĂ

- inconștient, temperatură crescută
- pacient slăbit, temperatură și dispnee marcată
- motiv pentru suspectarea unei stări septice sau meningită
- pacient slăbit, temperatură, dificultăți la deglutiție și sialoree (suspect epiglotită)

21. AVC (APOPLEXIE)

- inconștient, suspect de AVC
- dispnee suspect AVC
- convulsii prezente, suspect AVC
- inconștient mai mult de 20 min.
- perioadă lungă cu nivel scăzut al conștienței, simptomele apoplexiei
- cefalee bruscă, intensă (violentă)
- traumatism cranian recent, simptome de apoplexie

22. CEFALÉE

- pacient inconștient cu cefalee care a precedat starea de inconștiență
- cefalee și dispnee marcată
- cefalee și scăderea nivelului de conștiență
- cefalee intensă cu paralizie sau dificultăți de vorbire
- cefalee și temperatură mare, redoare de ceafă, slăbiciune, posibil eritem
- cefalee severă și convulsii

23. CONVULSII

- nu respiră normal după convulsii
- convulsii pentru prima oară, inconștient
- convulsii în derulare, mai mult de 5 min.
- pacient obnubilat între convulsii frecvente
- obnubilat 20 de min. după convulsii
- însărcinată cu convulsii
- diabetic cu convulsii
- convulsii după leziune craniană recentă
- convulsii în derulare, concomitent supradoză de medicamente
- convulsii în derulare, concomitent abuz de narcotice
- eritem, febră și convulsii

24. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE

- inconștient după criză de dureri abdominale sau de spate

- dispnee cu durere abdominală sau de spate
- aproape sincopă, nivel scăzut de conștiență
- durere intensă abdominală sau de spate, palid și transpirat sau aproape de sincopă
- pacient peste 50 de ani cu debut brusc
- vomită sânge, palid și transpirat sau aproape de sincopă
- scaune tari și închise la culoare, palid și transpirat sau aproape de sincopă
- femeie, însărcinată cu dureri abdominale acute, în flancul inferior
- palid și transpirat sau aproape de sincopă

25. PSIHIATRIE/SUICID

- inconștient după tentativă violentă de suicid
- inconștient, obnubilat după supradoză/intoxicație
- dispnee (fără suspiciune de hiperventilație)
- cel care sună sau aparținătorii se simt amenințați de pacient
- tentativă serioasă cu violență de suicid
- supradoză/intoxicație sau simptome serioase

26. DISPNEE (DIFICULTĂȚI DE RESPIRAȚIE)

- inconștient nu respiră normal
- pacient slăbit, dispnee
- palid și slăbit, aproape de sincopă
- dispnee, dureri toracice constrictive
- criză de astm, nu se îmbunătățește starea cu medicație
- dispnee, nu poate vorbi coerent
- copil sub 12 ani, în poziție șezândă, cianotic
- slăbit, pacient febril cu dificultăți la înghițire sialoree (suspect epiglotită)
- suspect de corp străin în gât, nu poate vorbi, tușește sau plânge
- leziuni la nivelul toracelui și dispnee
- dispnee moderată - persoană care a născut recent, fractură recentă, membru cu aparat gipsat, spitalizare recentă

27. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAȚIE

- inconștient, obnubilat după stare de ebrietate/intoxicație
- dificultăți respiratorii după stare de ebrietate/intoxicație
- persoană care face apelul/aparținătorii se simt amenințați
- supradoză/intoxicație și simptome critice
- palid și transpirat aproape de sincopă
- convulsii care durează mai mult de 5 min
- cocaină sau crack cu dureri toracice
- intoxicație și suspiciunea unor leziuni serioase (în special leziuni ale capului)

28. COPIL BOLNAV

- inconștient, obnubilat (fără convulsii febrile)
- nu respiră
- copil slăbit cu dispnee
- suspiciune de corp străin în gât, nu poate vorbi sau plânge
- slăbit, copil febril, dificultăți la deglutiție, sialoree (posibil epiglotită)
- copil slăbit și iritabil, febră (meningită sau septicemie?)
- convulsii în derulare care durează mai mult de 5 min.
- pacient obnubilat după 20 de minute, sau se suspectează convulsii febrile

29. URECHEA

- inconștient, nu respiră normal

- leziune la nivelul urechii, nivel al stării de conștiență scăzut
- Amețeală, nivel scăzut al stării de conștiență
- Amețeală, paralizie
- Amețeală, dureri toracice
- Amețeală, palid și transpirat

30. OCHIUL

- inconștient după ce a acuzat probleme de vedere
- dispnee și tulburări ale vederii
- inconștient mai mult de 5 minute după producerea leziunii
- leziune a ochiului și scăderea nivelului stării de conștiență

B. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale de gradul 1 (cod galben) decontate de casele de asigurări de sănătate:

1. OBSTETRICĂ – GINECOLOGIE

- copilul s-a născut, mama și copilul par bine
- mai puțin de 2 minute între contracții la prima naștere
- mai puțin de cinci minute între contracții (după prima naștere)
 - membrane rupte (copil în poziție normală)
- senzația mamei de împingere cu copilul cunoscut în poziție normală
- durere severă, pacientă slăbită (nu este însărcinată)
- traumatism abdominal în sarcină, fără contracții sau sângerare, pacienta nu prezintă alte probleme vitale
- durere abdominală moderată la pacientă cu peste 20 săptămâni de sarcină
- sângerare minimă, sarcină peste 20 de săptămâni
- preeclampsie în antecedente, cefalee
- sângerare mai mare de trei tampoane/oră, altfel bine și nu prezintă semne de șoc

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ

- febră și nivel de conștiență alterat însă nu inconștient
- febră și erupții cutanate
- episoade sincopale repetate
- amețeală cu debut brusc, slăbiciune
- pacient slăbit, informații neclare

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE

- a fost inconștient, recuperează treptat
- mai puțin de 20% suprafață arsuri/leziuni corozive fără implicarea capului/feței (adulți)
- mai puțin de 10% suprafață arsuri/leziuni corozive fără implicarea cap/față (copil sub 10 ani)
- corozive în ochi
- poliția sau pompierii cer un echipaj de asistență, necunoscându-se dacă sunt victime
- cădere de la înălțime sub 4 metri, pacient conștient fără semne de traumatism grav

4. ÎNEC/IMERSIE ÎN APĂ

- pacient conștient fără dificultate în respirație
- leziuni aparente minore

5. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE

- tusă severă după scufundare, hipotermie ușoară

6. MUȘCĂTURI DE ANIMALE/ ÎNȚEPĂTURI DE INSECTE

- mușcătură de viperă fără simptome generale
- înțepătură de insectă de peste o oră cu simptome generale fără semne de șoc
- mușcătură de animal în regiunea feței sau gâtului fără afectarea respirației sau a stării de conștiență
- hemoragie controlată după mușcătură

7. CĂDERI ȘI ALTE ACCIDENTE

- O singură fractură sub genunchi
- Fractura antebrațului
- Susp. fractură col de femur
- Sângerare controlată
- Cădere de la 3 - 4 metri (fără alte criterii de urgență)
- Dureri moderate (fără alte criterii de urgență)

8. INTOXICAȚII, COPII

- Ingestia recentă a unor doze periculoase, fără alte criterii de urgență
- Alcaloid sau acid în gură, fără alte criterii de urgență
- Ingestie de derivate petroliere cu simptome minore
- Ingestie de nicotină fără alte criterii de urgență

9. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEȚEI ȘI ALE GÂTULUI

- A fost inconștient, acum mai bine
- Leziuni faciale semnificative fără alte criterii de urgență
- Sângerare controlată
- Cădere 3 - 4 metri fără alte criterii de urgență
- Dureri moderate fără alte criterii de urgență
- Antecedente de dureri precordiale, amețeli acute, cefalee, diabet

10. HIPO-HIPERTERMIA

- Susp. hipotermie moderată, fără alte criterii de urgență
- Susp. hipotermie moderată cu alte leziuni limitate
- Degerătură localizată
- Pacient altfel sănătos cu susp. de hipertermie

11. LEZIUNI CHIMICE

- Leziune caustică la nivelul gurii la adult, fără alte criterii de urgență, vorbește clar, nerăgușit.
- Sub 15% arsuri sau leziuni corosive la adult, fără alte criterii de urgență, fără cap/față
- Sub 10% arsuri sau leziuni corosive la copil, fără alte criterii de urgență, fără cap/față
- Leziune corosivă oculară
- Ingestie de derivate petroliere fără alte semne de urgență
- Inhalare de gaze sau de subst. chimice fără alte criterii de urgență
- Poliția, Pompierii cer sprijin logistic fără sa se știe dacă sunt victime

12. ACCIDENT RUTIER (PACIENTUL SE AFLĂ LA DISPENSAR sau într-o instituție medicală)

- Fractură izolată a antebrațului sau sub niv. genunchiului fără alte leziuni. Situația confirmată de persoană autorizată
- Susp. fractură col de femur
- Leziuni faciale minore fără alte criterii de urgență
- Sângerare controlată fără alte criterii de urgență. Situația confirmată de persoană autorizată

- Durere moderată fără alte criterii de urgență
- Poliția, Pompierii cer sprijin fără a se ști dacă sunt victime, DISTANȚA MICĂ permite cererea unui sprijin rapid.

13. VIOLENȚĂ; AGRESIUNE

- leziuni faciale fără alte criterii de urgență
- leziuni produse prin înjunghiere, armă de foc sau prin compresiune sub nivelul cotului sau treimea superioară a gambei
- fracturi ale membrelor superioare sau fracturi sub nivelul genunchiului (o singură fractură)
- leziuni minore cauzate de arme
- pacientul a fost inconștient, își revine treptat
- sângerare controlată (fără alte criterii de urgență)
- durere severă
- victimă a abuzului sexual (fără alte criterii de urgență)
- victimă a violenței cu reacție psihică acută
- asistență la cererea poliției

14. ALERGII

- reacție acută, fără afectarea respirației sau a stării de conștiență
- antecedente de șoc anafilactic, expunere fără simptome

15. SINCOPA

- Paralizie, slăbiciune sau dificultăți de vorbire, trezibil
- episoade severe sincopale în ultimele 24 h, trezibil momentan și fără alte simptome
- pierderea pasageră a nivelului de conștiență după traumatism cranian
- pierderea pasageră a nivelului de conștiență și suspect de ingestie de droguri/alcool
- suspect de convulsii febrile, recuperează
- pierdere pasageră a stării de conștiență cu dureri toracice sau palpitații, în revenire

16. SÂNGERAREA

- sângerare limitată necontrolată
- hematemeză, fără semn de șoc
- scaune tari, închise la culoare
- sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare minoră
- sângerare vaginală, mai mult de trei tamponane/oră, fără semne de șoc
- hemoragie nazală incontrollabilă

17. DURERI TORACICE - CODUL GALBEN sau roșu se evaluează individual

- durere toracică, greață
- durere toracică, tahicardie
- durere toracică, atipică IM, în plină sănătate
- antecedente de angină, efect pe termen scurt la NTG
- debut brusc de tahicardie, fără dureri toracice

18. DIABET ZAHARAT - CODUL GALBEN sau roșu se evaluează individual

- nivel scăzut al stării de conștiență, incapabil de a ingera lichide
- palid, transpirat, aproape de sincopă
- comportament anormal sau neobișnuit
- cunoscut diabetic, 55 obosit sau starea generală evident alterată
- diabetic aflat pe tratament cu tablete, cu nivel scăzut al glicemiei, recuperează
- temperatură sau alte simptome generale (întotdeauna cod galben decât dacă se suspicionează infarct)

19. TEMPERATURĂ

- temperatură, pacient cu răspuns imunitar deficitar
- pacient slăbit cu temperatură și simptome neclare
- pacient diabetic cu temperatură

20. AVC (APOPLEXIE)

- hemiplegie, altfel fără probleme
- slăbiciune bruscă și amorțeală la nivelul membrelor superioare și inferioare
- dificultăți acute în vorbire
- diabetic și simptomele apoplexiei
- AVC, pacienți internați la azile de bătrâni

21. CEFALEE

- cefalee intensă acută, descris ca o durere nemaiajută până acum
- cefalee cu intensitate crescândă la mai puțin de 12 ore de la producerea leziunii la un pacient care a suferit un traumatism cranio-cerebral, fără alte criterii de urgență
- sarcină cu creșterea în intensitate a cefaleei fără alte criterii de urgență
- pacient cu operație de șunt, cefalee agravată, fără alte criterii de urgență
- pacient slăbit, cefalee neclară

22. CONVULSII

- trezibil după 20 min. după convulsii
- recuperează după convulsii
- convulsii, concomitent abuz îndelungat de alcool

23. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE

- dureri puternice suportabile fără alte criterii de urgență
- dureri constrictive în flancul sau în regiunea lombară, nevoie de a se mișca
- vominte ca zațul de cafea
- femeie, însărcinată, cu dureri acute abdominale în flancul inferior, fără sângerare

24. PSIHIATRIE/SUICID

- confuzie instalată brusc și comportament anormal fără funcții vitale afectate cu starea de conștiență păstrată
- zgârieturi la nivelul încheieturii mâinii, sângerare controlabilă
- amenințare serioasă de suicid
- posibilă supradoză/intoxicație fără simptomatologie care denotă amenințare de funcții vitale
- delirium tremens
- apel la cererea poliției/fără persoane în pericol vital
- pacientul dorește să vorbească cu un medic

25. DISPNEE (DIFICULTĂȚI DE RESPIRAȚIE)

- dispnee, fără motiv clar, fără cianoză, transpirații etc.
- dispnee, altfel bine
- sughiț, tuse uscată, altfel bine
- suspect corp străin în gât, poate vorbi, tușește și/sau plânge

26. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAȚIE

- posibilă supradoză/intoxicație fără simptome critice/funcții vitale amenințate
- delirium tremens
- convulsii, terminate acum

- apel la cererea poliției-

27. COPIL BOLNAV

- dispnee, dar în general bine
- copil agitat, cu temperatură
- copil slăbit, cu debut rapid al bolii
- copil slăbit, simptome neclare
- convulsii instalate pentru prima oară, acum trezit
- temperatură înaltă (peste 40 grade) la un copil mai mic de 2 luni (poate fi încadrat și sub roșu)
- diabet și temperatură (cu excepția obișnuitei răceli)

28. URECHEA

- leziuni majore în sau în jurul urechii fără un nivel scăzut al stării de conștiență
- scurgerea de lichid clar sau sânge din ureche după un traumatism cranian însă pacientul este conștient și nu prezintă alte simptome sau probleme

29. OCHIUL

- leziuni majore, izolate ale ochiului, fără scăderea nivelului stării de conștiență
- leziuni corozive la ochi
- dureri acute în ochi, pacient slăbit (glaucom acut?)
- ingerare de metanol sau etilen glicol
- tulburări de vedere, fără un motiv aparent

C. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale (cod verde) pentru care se pot acorda consultații de urgență la domiciliu decontate de casele de asigurări de sănătate

1. OBSTETRICĂ – GINECOLOGIE

- mai mult de 2 minute între contracții (prima naștere)
- mai mult de 5 minute între contracții (la a II-a, III-a naștere)
- sângerare minoră, la sarcină mai mică de 20 de săptămâni
- crampe menstruale, sarcină mai mică de 20 de săptămâni
- dureri abdominale și temperatură, fără sarcină, fără slăbiciuni
- dureri nespecificate, fără sarcină, fără slăbiciune
- dureri neobișnuite, fără sarcină, fără slăbiciune

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ

- febră
- amețeli dar nu slăbiciune
- simptome neclare, dar nu slăbiciune
- probleme psiho/sociale

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE

- arsură electrică cu electricitate casnică (220 V), conștient, nu este cunoscut cardiac
- arsuri minore
- cădere de la o înălțime mai mică de 3 m în urma electrocutării, conștient fără semne de leziuni grave
- implicat în accident/incident fără simptome

4. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE

- pacient conștient fără dificultăți în respirație sau alte simptome
- leziuni minore după scufundare

5. MUȘCĂTURI DE ANIMALE/ ÎNȚEPĂTURI DE INSECTE

- Înțepătură de insectă de peste o oră fără simptome generale
- Înțepătură cu reacție locală puternică fără reacție generală
- mușcătură de animal cu leziune tegumentară

6. CĂDERI ȘI ALTE ACCIDENTE

- Cădere sub 3 metri (fără alte criterii de urgență)
- Plăgi și contuzii, leziuni minore
- Implicat în accident, fără simptome

7. INTOXICAȚII, COPII

- Ingerarea unor doze subtoxice a unor substanțe periculoase
- Ingerarea de derivate petroliere fără alte criterii de urgență

8. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEȚEI ȘI ALE GÂTULUI

- Cădere de la 3 metri fără alte criterii de urgență
- Plăgi, contuzii, leziuni minore
- Implicat în accident fără semne sau leziuni

9. HIPO-HIPERTERMIA

- Hipotermie ușoară fără alte simptome
- Expunere la căldură sau frig extreme dar pacientul este bine

10. LEZIUNI CHIMICE

- Leziuni minore prin corosive
- Implicat în accident, fără alte simptome, semne

11. ACCIDENT RUTIER (Pacientul se află la dispensar sau văzut deja de medic)

- Plăgi, contuzii, leziuni minore (confirmat de medic sau personal sanitar calificat)
- Implicat în accident fără alte simptome sau semne
- Implicat în accident în ultimele 24 ore, acum acuză dureri sau vrea să fie consultat de medic

12. VIOLENȚĂ; AGRESIUNE

- leziuni minore neproduse de arme
- victimă a violenței, nu sunt leziuni evidente, fără reacție psihică

13. ALERGII

- prurit și eritem
- reacție alergică cu durată mai mare de 30 min după expunere
- îngrijorare în privința reacției alergice, fără simptome în prezent

14. SINCOPA

- lipotimie, bine acum
- suspect sincopă la NTG, acum bine
- aproape de sincopă, bine acum
- cunoscut epileptic, tendință la sincopă, recuperează

15. SÂNGERAREA

- sarcină sub 20 de săptămâni, sângerare, dureri asemănătoare celor menstruale
- fără sarcină, sângerare vaginală anormală, altfel bine
- hematurie
- epistaxis minor

- sângerări repetate la pacienți aflați sub tratament cu anticoagulante, altfel bine

16. DURERI TORACICE

- durere la respirație sau exerciții, în plină sănătate
- aritmie cardiacă, simte că se pierde bătăi ale inimii, altfel bine

17. DIABET ZAHARAT

- temperatură, fără alte simptome generale
- infecție localizată, fără alte simptome generale
- pacient cunoscut cu nivel crescut al glicemiei, fără simptome
- pacient diabetic, insulino-dependent, alert după ingerare de zahăr

18. TEMPERATURĂ

- gripă sau răceală
- roșu în gât, altfel bine
- temperatură, altfel bine
- tuse, altfel bine

19. AVC (APOPLEXIE)

- paralizie după semne de AVC, recuperare rapidă
- paralizie după semne de AVC recuperat acum

20. CEFALÉE

- creștere în intensitate a cefaleei, la mai mult de 12 ore de la producerea leziunii traumatice
- antecedente de migrenă, cefalee tipică de migrenă
- cefalee (concomitent simptome moderate de greață, sensibilitate la sunet și lumină)
- cefalee fără alte simptome
- suspect sinuzită

21. CONVULSII

- antecedente de epilepsie, recuperare din criză epileptică
- copil sub șase ani, antecedente de convulsii febrile, recuperează

22. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE

- durere nespecifică, altfel bine
- diaree și vomă, altfel bine
- suspect apendicită, altfel bine
- dureri în regiunea abdominală inferioară la bărbat, probleme la urinare
- temperatură, dureri de spate în zona inferioară
- dureri abdominale care durează mai mult de o zi, nu se deteriorează
- dureri constrictive în abdomen, constipație
- dureri de spate

23. PSIHIATRIE/SUICID

- antecedente de boală mintală (problema pentru care se solicită este cunoscută și corespunde antecedentelor)
- gânduri de suicid
- pacient deprimat, fără intenții de suicid
- ingestie de substanțe toxice, în doză minimală
- simptome de abținere (sevrăj)
- atac brusc de agitație motorie cu sau fără dificultăți respiratorii

24. DISPNEE (DIFICULTĂȚI DE RESPIRAȚIE)

- temperatură, tuse, spută de culoare verde-gălbuie
- parestezii sau amorțeală în jurul gurii și a degetelor
- tuse, altfel bine
- suspect corp străin în gât, fără dificultăți respiratorii acum

25. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAȚIE

- ingestia de substanță periculoasă în cantități mici fără semne sau simptome
- simptome de sevraj

26. COPIL BOLNAV

- antecedente de convulsii febrile, trezit după o criză recentă
- gât roșu, altfel bine
- temperatură, altfel bine
- tuse, altfel bine
- simptomele unei răceli obișnuite
- corp străin în nas sau ureche

27. URECHEA

- dureri în ureche
- secreții din ureche
- leziuni minore la ureche
- amețelă trecătoare, fără alte simptome
- suspect sindrom de hiperventilație
- zgomote în urechi
- corp străin în canalul auditiv

28. OCHIUL

- leziuni izolate minore
- dureri acute în ochi, fără alte simptome
- conjunctivită - lăcrimare, usturime la nivelul ochilor
- Ochi dureros după privirea unei operațiuni de sudură, albeață

Pentru urgențele medico-chirurgicale (cod verde) din lista de mai sus pentru care, cel mai probabil, nu este necesar transportul la unitatea sanitară, casele de asigurări de sănătate pot contracta cu unitățile medicale specializate publice și cu unitățile specializate private, consultații de urgență la domiciliu ce vor fi decontate prin tarif pe solicitare negociat.

D. Tipurile de transport decontate de casele de asigurări de sănătate:

I. Transport medical asistat al pacienților:

1. Transportul urgențelor medico-chirurgicale;
2. Transportul bolnavilor cu boli infecto-contagioase;
3. Transportul urgențelor toxicologice voluntare sau involuntare;
4. Transportul urgențelor apărute ca urmare a acțiunii agenților fizici, chimici, naturali (arsuri, înec, îngheț), cu excepția accidentelor de muncă;
5. Transportul urgențelor obstetricale și al gravidei în vederea nașterii;
6. Transportul accidentațiilor în urma unor accidente de circulație;
7. Transportul victimelor care apar în urma dezastrelor;
8. Transportul copiilor prematuri în condiții corespunzătoare de la locul de naștere la unitățile sanitare de specialitate și de la acestea la domiciliu;
9. Transportul la spital pentru internare sau investigații nou-născutului până la 3 luni și al persoanelor nedepasabile: asigurații de orice vârstă cu insuficiență motorie a

trenului inferior din orice cauză, insuficiență cardiacă clasa IV - NIHA, bolnavi în fază terminală numai la recomandarea medicului de familie sau a medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate;

10. Transportul la spital al nou-născutului și al leuzei care a născut la domiciliu;

11. Transportul pacienților internați care se află în stare critică, transferați la un alt spital;

12. Transportul pacienților din unitățile sau compartimentele de primiri urgențe, care nu se află în stare critică, la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparținând unității sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate.

13. Transport pentru transferul interclinic al pacientului critic neinternat care a beneficiat de servicii medicale în UPU/CPU al unui spital la alt spital.

II. Transport sanitar:

14. Transportul de sânge și derivate, țesuturi și organe, precum și transportul primitorului în vederea efectuării transplantului în condiții de urgență de la furnizor/domiciliu către unitatea spitalicească;

15. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege

16. Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu;

III. Transport sanitar neasistat al pacienților:

17. Transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au domiciliul persoanele dializate și unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate din județul de domiciliu;

18. La externare, bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavi cu deficit motor neurologic major, bolnavi cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavi cu stări casectice, bolnavi cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiența cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică (prin by-pass aorto-coronarian) și revascularizare periferică (by-pass aorto-femural, etc), malformații vasculare cerebrale (anevrisme, malformații arterio venoase) rupte neoperate, malformații vasculare cerebrale (anevrisme, malformații arterio venoase) operate, alte hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ, cu avizul casei de asigurări de sănătate cu care furnizorul de servicii de transport sanitar a încheiat contract; transportul poate fi realizat fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care unitatea sanitară din care se externează pacientul are încheiat contract de furnizare de servicii medicale, fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relații contractuale cu casa de asigurări

de sănătate în a cărei rază teritorială se află domiciliul pacientului externat, cu respectarea prevederilor anterioare.

19. Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

Tipurile de transport sanitar ce pot fi decontate de casele de asigurări de sănătate unităților specializate private în efectuarea unor servicii de transport sanitar sunt cele prevăzute la pct. 16, 17, 18 și 19 cu condiția ca acestea să îndeplinească criteriile de autorizare prevăzute de reglementările Ministerului Sănătății, precum și cele de evaluare.

CAPITOLUL II Pachet minimal de servicii medicale în asistența medicală de urgență și transport sanitar pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A, B și C.

CAPITOLUL III Pachet de servicii medicale în asistența medicală de urgență și transport sanitar pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

Persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A, B și C.

ANEXA 21 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare pentru serviciile medicale de urgență

1. Ștutul de funcții
2. Execuția bugetului instituției sanitare publice la data de 31.12.2009
3. Ultima formă a bugetului de venituri și cheltuieli pentru anul 2009, valabilă la 31.12.2009, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Fișa de fundamentare a tarifului pentru anul 2010 pe elemente de cheltuieli *)

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificație bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I+II+VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizații de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanță	10.01.09	
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10.01.12	
Indemnizații de delegare	10.01.13	
Indemnizații de detașare	10.01.14	
Alocații pentru locuințe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuții	10.03	
Contribuții de asigurări sociale de stat	10.03.01	

Contribuții de asigurări de șomaj	10.03.02	
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10.03.04	
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10.03.06	
Contribuții la fondul de garantare a creanțelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII -TOTAL	20	
Bunuri și servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curățenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat și forță motrică	20.01.03	
Apa, canal și salubritate	20.01.04	
Carburanți și lubrifianți	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poșta, telecomunicații, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20.01.09	
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20.01.30	
Reparații curente	20.02	
Medicamente și materiale sanitare	20.04	
Hrana	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanți	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detașări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detașări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărți, publicații și materiale documentare	20.11	
Consultanță și experiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecția muncii	20.14	
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol și reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acțiuni de sănătate	51.01.03	

Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico – sociale	51.01.38	
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51.01.08	
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51.02.12	

*)Se completează pentru fiecare compartiment pentru care plata se face prin tarif pe solicitare

NOTA: rubricile din tabelul de mai sus se vor completa conform specificului activității proprii .

ANEXA 22

MODALITATEA DE PLATĂ a serviciilor medicale de urgență și transport sanitar

ART. 1 Serviciile medicale de urgență și transport sanitar prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate cuprinse în anexa nr. 21 la ordin se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale. La contractare se vor avea în vedere următorii indicatori cantitativi:

- numărul de kilometri echivalenți pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural sau numărul de mile marine;
- numărul de solicitări.

ART. 2 (1) Suma contractată de către casele de asigurări de sănătate cu unitățile medicale specializate publice autorizate și evaluate reprezintă bugetul global și se stabilește astfel:

a) pentru serviciile de transport cu autovehicule, suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. Acest tarif se stabilește în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 7 (1), astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, în vederea acoperirii cheltuielilor aferente timpului de așteptare.

Pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină;

b) pentru serviciile medicale de urgență - solicitări, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat, înmulțit cu coeficientul corespunzător timpilor de așteptare contractat. Coeficientul corespunzător timpilor de așteptare contractat - C1 - este egal cu "1" și corespunde timpului mediu de așteptare dintre două solicitări.

1. Pentru urgențele medico/chirurgicale efectuate cu autovehicule, tariful pe solicitare pentru serviciile efectuate, pe fiecare tip de autovehicul prevăzut la art. 6 se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente medicamentelor și materialelor sanitare necesare intervențiilor de urgență, precum și

a celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport).

Tariful pe solicitare negociat va avea în vedere și frecvența solicitărilor, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare. Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate pentru această destinație;

2. Tariful pe solicitare pentru serviciile efectuate cu mijloace de intervenție/transport pe apă se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente medicamentelor și materialelor sanitare necesare intervențiilor de urgență, precum și a celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport). La negocierea tarifului pe solicitare, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere și frecvența solicitărilor.

Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate pentru această destinație.

c) pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport suma contractată se stabilește astfel:

1. pentru consultațiile de urgență la domiciliu - solicitări, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente medicamentelor și materialelor sanitare necesare intervențiilor de urgență, precum și a celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport) și a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanență. Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate pentru această destinație;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. Acest tarif se stabilește în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 7 (1), astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare.

3. Pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină.

(2) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport se stabilește astfel:

1. pentru consultațiile de urgență la domiciliu - solicitări, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport) și a

cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanență. Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate pentru această destinație;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. Acest tarif se stabilește în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 7 (1), astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare.

3. pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină.

ART. 3 Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale medicul care acordă servicii medicale de urgență poate elibera certificate constatatoare de deces în condițiile prevăzute de lege, cu excepția situațiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

ART. 4 Suma contractată anual de către unitățile medicale specializate publice și unitățile specializate autorizate și evaluate private cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre și pe luni.

ART. 5 (1) Decontarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face lunar. Trimestrial se face regularizare pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

(2) Decontarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar efectuate de unitățile medicale specializate publice:

a) pentru serviciile de transport cu autovehicule decontarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face lunar, în raport cu numărul de kilometri echivalenți parcurși pentru mediul urban și cu numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural și tarifele pe kilometru negociate, în limita sumelor contractate.

În situația în care numărul total de kilometri echivalenți parcurși pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural este mai mic decât cel contractat ca urmare a înregistrării unor timpi de așteptare mai mari decât cei avuți în vedere la contractare, suma de decontat se stabilește astfel:

Numărul de kilometri efectuați x tariful negociat + (Numărul de kilometri contractați - Numărul de kilometri efectuați) x tariful negociat x coeficientul de ajustare corespunzător timpilor de așteptare.

Coeficienții de ajustare corespunzători timpilor de așteptare sunt prevăzuți la art. 7 (2).

În situația în care numărul total de kilometri echivalenți parcurși pentru mediul urban și de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural este mai mare sau egal cu cel contractat, decontarea lunară se face în limita sumelor contractate.

b) Pentru serviciile de transport pe apă decontarea lunară se face în funcție de numărul de mile marine efectiv parcurse și tarifele negociate, în limita sumelor contractate.

În situația în care numărul de mile marine efectiv parcurse este mai mic decât cel contractat ca urmare a înregistrării unor timpi de așteptare mai mari decât cei avuți în vedere la contractare, suma de decontat se stabilește astfel:

Numărul de mile marine efectiv parcurse x tariful negociat + (Numărul de mile marine contractat - Numărul de mile marine efectiv parcurse) x tariful negociat x coeficientul de ajustare corespunzător timpilor de așteptare.

Coeficientul de ajustare corespunzător timpilor de așteptare reprezintă ponderea tuturor cheltuielilor avute în vedere la stabilirea tarifului pe milă marină mai puțin

cheltuielile cu combustibilul din totalul cheltuielilor avute în vedere la stabilirea tarifului pe milă marină.

În situația în care numărul de mile marine efectiv parcurse este mai mare sau egal cu numărul de mile marine contractat, decontarea lunară se face în limita sumelor contractate.

c) În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural (indiferent de tipul autovehiculului folosit), respectiv numărul total al milelor marine parcurse, de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% față de cel contractat) numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

d) Pentru serviciile medicale de urgență - solicitări decontarea lunară se face în funcție de numărul de solicitări realizat înmulțit cu tariful pe solicitare negociat și cu coeficientul C2, în limita sumelor contractate.

C2 reprezintă coeficientul corespunzător timpilor de așteptare realizați obținut ca raport între timpii de așteptare realizați și timpii de așteptare contractați.

Numărul de solicitări realizat, rezultat din calcul, nu poate fi mai mare decât numărul de solicitări, care se obține astfel: Numărul de solicitări contractat / C2.

În situația în care numărul de solicitări realizat este mai mare sau egal cu numărul de solicitări contractat, decontarea lunară se face în limita sumelor contractate.

e) În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată (dar nu mai mult de 21% față de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(3) Decontarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar efectuate de unitățile medicale specializate publice și de unitățile specializate autorizate și evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri echivalenți parcurși pentru mediul urban și cu numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, și tarifele negociate, precum și cu numărul de solicitări realizate și tarifele negociate pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situația în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% față de cel contractat) numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată (dar nu mai mult de 21% față de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate și la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate autorizate și evaluate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera C, pct. II, poziția 16 și pct. III din anexa nr. 21, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

(4) Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale de urgență și transport sanitar realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate, în baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând serviciile medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 6 Mijloacele specifice de intervenție destinate asistenței medicale de urgență și de transport sanitar:

a) ambulanță tip C1, C2, B1 - ambulanță destinată intervenției medicale de urgență la cel mai înalt nivel și transportului medical asistat al pacientului critic;

b) ambulanță tip B2 - ambulanță destinată intervenției de urgență și transportului medical asistat al pacienților;

c) ambulanțe tip A1, A2 - ambulanțe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienți (A2);

d) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

e) autoturisme de transport și intervenție în scop medical, pentru medicii care acordă consultații de urgență la domiciliu;

f) mijloace de intervenție/transport pe apă - ambarcațiuni pentru intervenții primare sau secundare/transporturi sanitare;

(1) Tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate/km echivalent, respectiv km efectiv realizat pentru:

- | | |
|--|----------|
| a) ambulanță tip C1, C2, B1 | 1,85 lei |
| b) ambulanță tip B2 | 1,80 lei |
| c) ambulanță tip A1 și A2 | 1,80 lei |
| d) autoturisme de transport pentru consultații de urgență la domiciliu | 1,18 lei |
| e) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat | 0,92 lei |

Tarifele de la lit. a) - e) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

Numărul de km echivalenți se stabilește conform reglementărilor legale în vigoare.

(2) Coeficienții de ajustare corespunzători timpilor de așteptare:

a) ambulanță tip C1, C2, B1 0,82

b) ambulanță tip B2 0,81

ART. 8 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din cadrul unităților medicale specializate publice și unităților specializate private pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală de urgență și transport sanitar, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităților medicale specializate publice și unităților specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 23

- model -

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar

I. Părțile contractante

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

și

- Unitatea medicală specializată publică, reprezentată prin:,

- Unitatea medicală specializată privată reprezentată prin:, cu sediul în, str. nr., telefon fix / mobil....., e-mail: fax,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale de urgență și transport sanitar din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale de urgență și transport sanitar furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de urgență și transport sanitar prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate prevăzute în anexa nr. 21 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

IV. Durata contractului

ART. 3 Presentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2010.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu unități medicale specializate, autorizate și evaluate și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de urgență și transport sanitar, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate contravaloarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de urgență și transport sanitar, cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale de urgență și transport sanitar cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, cu minim 15 zile înainte;

e) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze 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, depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar 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 depuse până la data prevăzută în prezentul contract;

g) să deconteze unităților medicale specializate serviciile medicale de urgență și transport sanitar acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale de urgență și transport sanitar are următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de urgență și transport sanitar furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și normele de aplicare ale acesteia;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;
- d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și normelor metodologice de aplicare a acestuia;
- e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;
- f) să completeze corect și la zi toate formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate.
- g) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;
- h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- i) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală ori de câte ori se solicită;
- j) să asigure acordarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar asiguraților fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- k) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarii;
- l) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
- m) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, după caz;
- n) să acorde îngrijiri medicale de urgență și transport sanitar, 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;
- o) să asigure prezența personalului medico-sanitar, conform legii;
- p) să informeze unitatea sanitară la care transportă pacientul cu privire la investigațiile și tratamentele efectuate;
- q) să asigure eliberarea certificatelor constatatoare de deces, după caz, conform normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010;
- r) să asigure servicii medicale de urgență utilizând mijlocul de transport adecvat și echipamentul corespunzător situației respective;
- s) să introducă monitorizarea apelurilor;
- t) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- u) să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii

Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, în aceleași condiții ca și persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

v) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor.

x) să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

y) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

VI. Modalități de plată

ART. 7 Plata serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face pe baza următorilor indicatori:

- a) număr de km echivalenți parcurși (dus-întors) pentru mediul urban;
 - b) număr de km efectiv realizați pentru mediul rural;
 - c) număr de mile marine parcurse;
 - d) tarif negociat pe km parcurs/milă marină;
 - e) număr de solicitări;
 - f) tarif pe solicitare negociat;
 - g) coeficienți de ajustare corespunzători timpilor de așteptare, după caz.
- Suma contractată pentru serviciile de transport:

Tipul autovehiculului	Număr de km echivalenți parcurși pentru mediul urban	Număr de km efectiv realizați pentru mediul rural	Tarif/km negociat*)	Suma contractată
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C4 + C3 \times C4$
TOTAL:			X	

*) Tariful/km negociat pe fiecare tip de autovehicul nu poate fi mai mare decât tariful/km echivalent pentru mediul urban, respectiv efectiv realizat pentru mediul rural, prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010.

Tipul ambarcațiunii	Număr de mile marine parcurse	Tarif/milă marină negociat	Suma contractată
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$

TOTAL:		X	
Tipuri mijloace specifice de intervenție	Nr. solicitări pe tip de mijloc specific de intervenție	Tarif/ solicitare negociat	Suma contractată
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL:		X	
Autoturism de transport/ mijloace de intervenție transport pe apă pentru consult. de urgență la domiciliu	Nr. solicitări - consult. de urgență la domiciliu	Tarif/ solicitare negociat	Suma contractată
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL:		X	

Decontarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face conform art. 5 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010.

ART. 8 (1) Suma contractată aferentă serviciilor medicale de urgență și transport sanitar pentru anul 2010 este de lei.

(2) Suma contractată aferentă serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se defalchează pe trimestre și pe luni.

Art.9 (1) Lunar, la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de urgență și a serviciilor de transport sanitar realizate conform indicatorilor specifici în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare ce se depun la casa de asigurari de sanatate până la data de a lunii următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) 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 ce se depun la casa de asigurari de sanatate până la data de

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, în limita bugetului aprobat, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate și nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările și decontările, ținându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați.

(4) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților medicale specializate prevăzute în prezentul contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage diminuarea valorii prezentului contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(5) Reținerea sumei conform alin. (4) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (4) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

ART. 10 Plata serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr., deschis la Banca, la data de

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile medicale de urgență și transport sanitar furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de urgență și transport sanitar cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauze speciale

ART. 14 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

ART. 15 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea și suspendarea contractului

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de urgență și transport sanitar sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal.

Art. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

a) unul sau mai multe compartimente, nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizației de funcționare sau a documentului similar, sau suspendarea acesteia, respectiv încetarea dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; până la obținerea autorizației de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare

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

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 20 alin. (1), lit. d) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin HG nr.262/2010, nu se aplică furnizorilor de servicii medicale de urgență prespitalicești.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 17, alin. (1) și la art. 16 lit. b) și c) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale de urgență și transport sanitar, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
.....

FURNIZOR DE SERVICII
MEDICALE

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

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

Vizat
Juridic, contencios
.....

ANEXA
la contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar
nr.....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate și certificate pentru conformitate cu originalul, prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- Actul de înființare/organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară nr.
- Autorizația de funcționare.....,
- Dovada de evaluare nr.
- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare
- Contul nr. deschis la Trezoreria Statului sau contul nr. deschis la Banca,
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr..... atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului
- Dovada plății la zi a contribuției la Fondul de asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații efectuată conform prevederilor legale în vigoare
- Cerere de solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.....,
- Structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, pe cele două compartimente: compartimentul de asistență medicală de urgență și transport medical asistat și compartimentul de consultații de urgență și transport neasistat
- Lista personalul angajat:
 - Medici:
 - 1) Nume Prenume
 - Cod numeric personal
 - Specialitatea
 - Codul de parafă al medicului
 - Program de lucru
 - 2)
 - Asistenți medicali
 - 1) Nume Prenume
 - Cod numeric personal
 - Program de lucru
 - 2)
 - Alte categorii de personal:
 - 1) Nume Prenume
 - Cod numeric personal
 - Program de lucru
 - 2).....
- Lista cu tipurile de mijloace specifice de intervenție din dotare:
 - Ambulanțe tip C1:
 - 1) Model / Număr de înmatriculare.....
 - 2)
 - Ambulanțe tip C2:
 - 1) Model / Număr de înmatriculare.....
 - 2)

Ambulanțe tip B1:

- 1) Model / Număr de înmatriculare.....
- 2)

Ambulanțe tip B2:

- 1) Model / Număr de înmatriculare.....
- 2)

Ambulanțe tip A1:

- 1) Model / Număr de înmatriculare.....
- 2)

Ambulanțe tip A2:

- 1) Model / Număr de înmatriculare.....
- 2)

Autoturisme de transport pentru consultații de urgență la domiciliu:

- 1) Model / Număr de înmatriculare.....
- 2)

Autovehicule destinate transportului sanitar neasistat:

- 1) Model / Număr de înmatriculare.....
- 2)

- Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare/ numărul de kilometri echivalenți pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural

- Buletine de verificare periodică pentru dispozitivele medicale din dotarea ambulanțelor, emise conform prevederilor legale în vigoare

ANEXA 24

PACHET de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

Nr. crt.	Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu /îngrijiri paliative la domiciliu
1	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură + respirație
2	Măsurarea parametrilor fiziologici: puls + TA
3	Măsurarea parametrilor fiziologici: diureză + scaun
4	Administrarea medicamentelor intramuscular*)/subcutanat*)/intradermic*)/oral**)/pe mucoase**)
5	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*)
6	Sondaž vezical la femei și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală
7	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă sub supravegherea medicului*)
8	Recoltarea produselor biologice
9	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică și educarea asiguratului/apartinătorilor

10	Alimentarea pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție
11	Clismă cu scop evacuator
12	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor
13	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor
14	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: schimbarea poziției, tapotaj, fizioterapie respiratorie
15	Îngrijirea plăgilor simple/suprimarea firelor
16	Îngrijirea plăgilor suprainfectate
17	Îngrijirea escarelor multiple
18	Îngrijirea stomelor
19	Îngrijirea fistulelor
20	Îngrijirea tubului de dren
21	Îngrijirea canulei traheale și instruirea asiguratului
22	Monitorizarea dializei peritoneale
23	Aplicarea**) de ploscă, bazinet, condom urinar
24	Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbția urinei***)
25	Evaluarea asiguratului: stabilirea și aplicarea un plan de îngrijiri în controlul durerii și altor simptome asociate bolii și reevaluarea periodică
26	Evaluarea mobilității, a capacității de auto-îngrijire, a riscului de apariție al escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutriționale și recomandarea dietei și modul de administrare, implementarea intervențiilor stabilite în planul de îngrijiri și reevaluarea periodică - de către asistentul medical
27	Masaj limfedem și contenție elastică
28	Masaj limfedem cu pompa de compresie
29	Montare TENS
30	Analgezie prin blocaje nervi periferici
31	Administrare medicație prin nebulizare
33	Aspirație gastrică
34	Aspirație căi respiratorii

*) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.

**) Pentru pacienții parțial sau total dependenți.

***) Este inclus și mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minim 2 mijloace ajutoare pentru absorbția urinei/zi pentru asigurații parțial sau total dependenți.

NOTĂ:

1. Serviciile de la punctele 1 – 34 se contractează cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu.

2. Serviciile de la punctele 1 – 24 se contractează cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu

3. Serviciile de la punctele 25, 27-34 se efectuează numai de către medicii de specialitate cu atestat îngrijiri paliative.

CONDIȚIILE
acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu și modalitățile de plată ale acestora

ART. 1 (1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii, pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alții decât medicii de familie și spitalele, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ținând seama de starea de sănătate a asiguratului și de gradul de dependență al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu și de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa nr. 27 la ordin, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și gradul de dependență al acestuia.

Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii de familie recomandă îngrijiri medicale la domiciliu pentru asigurații cu afecțiuni oncologice sau AVC. În funcție de gradul de dependență, bolnavul poate fi:

a) total dependent - pacientul care nu poate îndeplini trei sau mai multe activități zilnice de bază fără ajutorul altei persoane și are nevoie de îngrijire medicală;

b) parțial dependent - pacientul care nu poate îndeplini cel puțin două activități zilnice de bază fără ajutorul altei persoane și din cauza stării de sănătate are nevoie de îngrijire medicală;

c) independent - pacientul care îndeplinește activitățile zilnice de bază fără ajutorul altei persoane dar care, datorită afecțiunii cronice acutizate, necesită următoarele servicii de îngrijire medicală la domiciliu: îngrijirea stomelor, îngrijirea canulei traheale, îngrijirea plăgii postoperatorii și tratament parenteral.

ART. 2 (1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu cu tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu. Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 100 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse și costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire).

Fiecare episod nou de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu / episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii

de îngrijiri medicale la domiciliu;

- durata medie a episoadelor de îngrijiri medicale de îngrijiri la domiciliu efectuate cu încadrarea în prevederile alin. (3), nu poate depăși 70% din numărul maxim de zile pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în ultimile 11 luni.

(5) În situația în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri medicale la domiciliu asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin (3).

ART. 3 Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, medicii de familie și medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

ART.4 (1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii, pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alții decât medicii de familie și spitalele, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contracte de îngrijiri paliative cu casele de asigurări de sănătate dacă fac dovada funcționării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înțelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative, asistenți medicali absolvenți ai unui curs de îngrijiri paliative.

Pentru asigurarea calității serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezența unui medic cu atestat în îngrijiri paliative și a unui asistent medical și cu un program de lucru care să asigure o normă întreagă pe zi atât pentru medic cât și pentru asistentul medical. Pe lângă personalul de specialitate poate funcționa și alt personal: psihologi, kinetoterapeuți, îngrijitori.

(3) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților eligibili. Sunt considerați asigurați eligibili pacienții cu afecțiuni oncologice și HIV / SIDA cu speranță limitată de viață și cu grad parțial sau total de dependență.

(4) Gradele de dependență sunt definite la art. 1, alin. (2).

(5) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către medicii de specialitate cu specialități oncologie și boli infecțioase, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 27.

ART. 5 (1) Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 100 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse și costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilește de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viață. În situația în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

Art. 6 (1) Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul și asistentul medical care funcționează la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

Planul de îngrijire se stabilește pe baza evaluării inițiale a pacientului și este revizuit în funcție de necesitățile pacientului sau cel puțin o dată la 30 de zile. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în Anexa nr.27 B.

Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu / episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4, alin. (2).
- durata medie a episoadelor de îngrijiri paliative efectuate cu încadrarea în prevederile art. 5, alin. (3), nu poate depăși 80% din numărul maxim de zile pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

În situația în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative. Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor paliative în limita numărului de zile prevăzut la art. 5 alin (2).

Art.7 (1) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu se eliberează în trei exemplare, din care un exemplar rămâne la medic. Un exemplar împreună cu cererea de acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se depun de către asigurat, de către unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), de o persoană împuternicită de acesta sau de reprezentantul legal al acestuia la casa de asigurări de sănătate la care se află în evidență asiguratul. Al treilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi predat furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu care îi va acorda serviciile respective, dacă cererea a fost aprobată, împreună cu decizia de acordare de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile calendaristice de la data emiterii recomandării.

(2) Pentru obținerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul, însoțită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că afecțiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează

recomandarea medicală cu specificarea domiciliului copilului și certificatul de naștere (în copie) cu codul numeric personal - CNP. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(3) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea și recomandarea primite, într-un interval de 3 zile lucrătoare de la data depunerii, iar cererea este aprobată în limita sumei prevăzute pentru această destinație. La analiza cererilor și recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare gradul de dependență al asiguratului și numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de care a beneficiat asiguratul în anul respectiv, astfel încât să nu depășească numărul de zile prevăzut la art. 2 alin. (3), respectiv art.5 alin.(3).

Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal. În cazul acceptării, cererea este supusă aprobării și, respectiv, emiterii deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, în limita sumei prevăzute cu această destinație. Decizia se expediază prin poștă sau se predă direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), persoanei împuternicite de acesta sau reprezentantului legal al asiguratului, în maximum 24 de ore de la data emiterii acesteia.

(4) Asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal, pe baza deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emise de casa de asigurări de sănătate se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate și care este inclus în lista de furnizori, înscrisă pe versoul deciziei.

ART. 8 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fișă de îngrijire care conține datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative acordate, data și ora la care acestea au fost efectuate, semnătura asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), a persoanei împuternicite de acesta sau a reprezentantului legal al acestuia, care confirmă efectuarea acestor servicii, semnătura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum și evoluția stării de sănătate.

ART. 9 (1) În baza fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmește factura lunară și desfășurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aprobate.

(2) Furnizorul depune la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală factura lunară însoțită de copiile fișelor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative la domiciliu și desfășurătorul în luna următoare celei pentru care se face decontarea, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face în funcție de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat și validat conform normelor, lunar în limita celui aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat și de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu valabil la data emiterii deciziei.

Art.10 (1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu și asigurarea accesului asiguraților la aceste servicii, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii

privind aprobarea acordării serviciilor emise în luna anterioară, alcătuită, după caz, liste de prioritate pentru asigurați

(2) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de dependență stabilit de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, publicat pe pagina web a acesteia

(3) Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr.27 A.

(4) Termenul de valabilitate al deciziei pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu este de 30 zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casele de asigurări de sănătate.

ART.11 În situația în care, un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

ART. 12 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 26

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu

I. Părțile contractante

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

și

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu: reprezentat prin:

Persoana fizică / juridicăavând sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, fax, adresă e-mail

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de

sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010 și a normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu furnizate

ART. 2 Furnizorul prestează servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților, cuprinse în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 , aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010.

ART. 3 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu furnizate sunt cele aprobate de casa de asigurări de sănătate, respectiv cele prevăzute în planul de îngrijiri paliative la domiciliu.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2010.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu, autorizați și evaluați, pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de copiile fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu și de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu realizate, raportate și validate conform normelor;

c) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu asupra condițiilor de contractare, a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

d) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu asupra condițiilor de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu și cu privire la orice schimbare în modul de acordare a acestora, prin corespondență pe suport hârtie sau electronică sau prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, după caz;

e) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

f) să recupereze de la furnizorii servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu care au acordat servicii din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat, sume reprezentând contravaloarea acestor servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

B. Obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 7 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și a normelor de aplicare ale acesteia;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu; factura este însoțită de copiiile fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu și de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010 și a și a normelor metodologice de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;-

e) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat a furnizorului;

f) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

g) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale;

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

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

j) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților fără nicio discriminare;

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

l) să acorde asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului

Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1.408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

m) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

n) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu numai pe baza biletelor de recomandare eliberate de: medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medicii de familie aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare ale Contractului-cadru. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați sau administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu;

o) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată –pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;

p) să comunice direct atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu și îngrijirile paliative la domiciliu, cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia;

q) să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

r) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010;

s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

t) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu prevăzute în pachetul de servicii de bază;

u) să respecte programul de lucru prevăzut în prezentul contract.

VI. Modalități de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu este tarif pe caz. Prin tarif pe caz se înțelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative, recomandate asiguraților pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz decontat de casa de asigurări de sănătate se stabilește prin înmulțirea tarifului pe zi (vizită) cu numărul de zile de îngrijiri. Pentru îngrijiri medicale la domiciliu tariful pe zi este lei și tariful pe zi pentru îngrijiri paliative este lei. Tarifele nu sunt elemente de negociere între părți.

(3) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu și asigurarea accesului asiguraților la aceste servicii, casele de asigurări de

sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea acordării serviciilor emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați.

(4) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de dependență stabilit de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, publicat pe pagina web a acesteia.

ART. 9 Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate în primele 5 zile lucrătoare ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul

VII. Calitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

ART. 10 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

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

ART. 12 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu sau persoana fizică furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 13 Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de copiile fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu și de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractului încheiat și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;

g) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 lit. a), c), h), l), m), n), o), p), q), t), precum și constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), i), j), k), s).

ART. 15 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. b), f), g), i) și s), cât și în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. g), suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

1. la prima constatare, cu 10%;
2. la a doua constatare cu 20%;
3. la a treia constatare cu 30%.

(2) Reținerea sumei conform alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată.

(3) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

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

b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

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

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu sau al casei de

asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu se suspendă la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a) încetarea valabilității pentru autorizația de funcționare, respectiv pentru dovada de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;-

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu a termenelor de plată a contribuției la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului.

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate, se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante, până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condițiile stabilite prin norme.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 16 lit. b) - c) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XII. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare calendaristice din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante modificările survenite.

XIII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile calendaristice înaintea datei la care se dorește modificarea.

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

ART. 21 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză

declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului contractului.

XIV. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemple a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI
MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE
LA DOMICILIU

Președinte - director general,
.....

Reprezentant legal
.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

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

Vizat
Juridic, contencios
.....

ANEXA

la contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu nr.....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate și certificate pentru conformitate cu originalul, prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- Certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale nr. /actul de înființare sau organizare nr.
- Autorizație de funcționare nr.
- Dovada de evaluare nr.
- Cont nr., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca
- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare sau
- Cod numeric personal (copie BI/CI, după caz)

- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr..... atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului
- Dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații
- Cerere de solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.....,
- Copie după actul constitutiv
- Împuternicire legalizată nr..... pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

Lista personalului angajat și programul de lucru:

1. Medic

1.1 Nume Prenume

Cod numeric personal

Specialitatea:.....

Codul de parafă al medicului

Program de lucru/ziore

1.2. Nume Prenume

Cod numeric personal

Specialitatea:.....

Codul de parafă al medicului

Program de lucru/ziore

.....

2. Asistent medical

2.1 Nume Prenume

Cod numeric personal

Program de lucru/ziore

2.2 Nume Prenume

Cod numeric personal

Program de lucru/ziore

.....

3. Alte categorii de personal:

3.1 Nume Prenume

Ocupație.....

Cod numeric personal

Program de lucru/ziore

3.2 Nume Prenume

Ocupație.....

Cod numeric personal

Program de lucru/ziore

.....

ANEXA 27 A

- Model -

Casa de Asigurări de Sănătate

Decizia nr. din data

Președintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- prevederile H.G. nr. pentru aprobarea Contractului-Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale

de sănătate pe anul precum și prevederile Ordinului nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul ;

Văzând cererea nr. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate în data de depusă de beneficiar, nume și prenume sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP, Adresă completă, telefon) beneficiar domiciliat înCNP..... actul nr. prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu /îngrijiri paliative la domiciliu eliberată de medicul de specialitate din ambulatoriu/medicul de specialitate din spital, dr., din unitatea sanitară, gradul de dependență al asiguratului....., declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că afecțiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea președintelui – director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr.....

DECIDE

Art. 1. Se aprobă episodul de îngrijiri la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu constând în următoarele servicii medicale de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu

.....
.....

pentruzile, pentru numitul

Art. 2. Tariful pe o zi de îngrijire suportat de către Casa de Asigurări de Sănătate este:lei

Art. 3. Prezenta decizie are o valabilitate de 30 de zile calendaristice de la data emiterii de către casa de asigurări de sănătate în vederea depunerii acesteia la furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu.

Art. 4. Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Data astăzi

Viza juridic - contencios

Președinte-Director General,

Viza CFP

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/
ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU AFLAȚI ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu	Adresă completă sediu social/ Telefon / Fax/ Pagină web	Adresă completă punct de lucru/ Telefon/ Fax/ Pagină web
--	---	--

1		
2		
...		

PLAN DE ÎNGRIJIRE
PENTRU SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.....
 Nr. Contractîncheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate.....
 Numele și prenumele asiguratului.....
 CNP asigurat.....
 Diagnostic medical
 Diagnostic boli asociate.....

Evaluare inițială			Problema (actuală/potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator(*	Data la care urmează a se efectua serviciile	Data efectuării serviciilor	Nume prenume persoana care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data reevaluării
Data	Nume prenume evaluator	Semnătura evaluator							
Reevaluare			Problema (actuală/potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator(*	Data la care urmează a se efectua serviciile	Data efectuării serviciilor	Nume prenume persoana care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data următoarei reevaluării
Data	Nume prenume evaluator	Semnătura evaluator							

*)Se vor înscrie servicii de îngrijiri paliative conform Anexei nr.24

RECOMANDARE
pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate/asistența medicală primară(* unitatea sanitară cu paturi (spitalul)

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

1. Numele și prenumele asiguratului
2. Domiciliul
3. Codul numeric personal al asiguratului
4. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate :
.....
5. gradul de dependență (**.....
6. Servicii de îngrijiri recomandate:
(din anexa nr. 24 la ordin) periodicitate/ritmicitate(***)
 - a)
 - b)
 - c)
 - d)

– 7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu(****):
.....

8. Codul medicului

Ștampila secției din care se externează asiguratul și semnătura șefului de secție	Ștampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate/asistența medicală primară
---	--

Data Data

Semnătura și parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat	Semnătura și parafa medicului din ambulatoriul de specialitate/ medicului de familie
--	--

.....

--*) numai pentru –îngrijiri medicale la domiciliu-----

***) gradul de dependență minim pentru a beneficia de îngrijiri paliative este 3

****) se completează numai pentru îngrijiri medicale la domiciliu

*****) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire) pentru îngrijirile medicale la domiciliu și nu poate fi mai mare de 90 de zile o dată în viață pentru îngrijiri paliative la domiciliu

**CONDIȚIILE
acordării asistenței medicale de recuperare-reabilitare a sănătății și modalitatea
de plată a acesteia**

ART. 1 (1) Suma negociată și contractată de sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, de furnizori constituiți conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare și de preventoriile cu sau fără personalitate juridică cu casele de asigurări de sănătate se stabilește pe baza următorilor indicatori specifici:

a) număr de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, și preventoriilor, având în vedere numărul de posturi aprobate conform legii;

b) număr de paturi stabilit conform structurii unității de recuperare-reabilitare prin ordin al ministrului sănătății;

c) nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor stabilit prin ordin al ministrului sănătății;

d) număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor;

e) durata de spitalizare optimă sau, după caz, durata efectiv realizată; pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă se va lua în calcul durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât aceasta, respectiv durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durată optimă.

f) tariful pe zi de spitalizare;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2009.

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare încheiat de casele de asigurări de sănătate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, și preventoriile, precum și suma contractată cu spitalele în baza contractului de furnizare servicii medicale spitalicești pentru secțiile sanatoriale se stabilește prin negociere astfel:

Număr de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare

a) numărul de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare sanatoriu/preventoriu în funcție de particularitățile aferente fiecăruia.

Pentru sanatoriile balneare, suma contractată și decontată de casele de asigurări de sănătate este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților.

Contribuția personală a asiguraților reprezintă 30 - 35% din tariful/zi de spitalizare, în funcție de tipul de asistență balneară și de durata tratamentului:

Tipul de asistență balneară	Durata*)	Contribuția asiguratului
1. Asistență balneară terapeutică (cu trimitere medicală)	18 - 21 de zile	35% din tariful/zi de spitalizare
2. Asistență balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)	21 - 30 de zile	30% din tariful/zi de spitalizare

*) Duratele de spitalizare mai mari de 21, respectiv 30 de zile, se suportă în întregime de către asigurați. Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale și pentru durate mai mici de 18, respectiv 21 de zile, conform aceluiași procent. Contribuția asiguratului se încasează de către sanatorii, care eliberează bon

fiscal sau, la cererea asiguratului, factură, pentru această contribuție, și reprezintă venit propriu al unității sanitare.

Pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în alte sanatorii decât cele balneare și în preventorii nu se percepe contribuție din partea asiguraților.

ART. 2 (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare efectuate în sanatorii/secțiile sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face de către casele de asigurări de sănătate în raport cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și cu tariful pe zi de spitalizare, cu încadrarea în valoarea contractului, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

(2) Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare efectuate în sanatorii/secții sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face din fondul cu destinația servicii medicale de recuperare-reabilitare în unități sanitare cu paturi.

ART. 3 Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiționat și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilită prin acte normative. Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, și cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 4 Sanatoriile și preventoriile din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoșitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoșitorii persoanelor cu handicap grav, în condițiile prevederilor legale în vigoare.

ART. 5 (1) Sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile sunt obligate să suporte pentru asigurații internați toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați și avizate de șeful de secție și manager, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile contractului-cadru și prezentelor norme, sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a sanatoriilor, inclusiv cele balneare și a preventoriilor și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 6 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalchează de către sanatorii și preventorii pe trimestre și luni, cu acordul direcțiilor de sănătate publică sau al ministerului, în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

Lunar, casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate, în baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele

de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurari de sanatate pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(2) Activitatea realizată se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

Decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate
- tariful pe zi de spitalizare, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

2. Trimestrial, se fac regularizări și decontări, în limita sumei contractate, în funcție de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv,
- tariful pe zi de spitalizare, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mic decât numărul de zile contractate, decontarea se face la numărul realizat.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mare decât numărul de zile contractate decontarea se va face la nivelul contractat.

(3) Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la aceasta dată, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 7 Pentru spitalele de recuperare și secțiile/compartimentele de recuperare din cadrul unor spitale, contractarea și decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare se fac în condițiile stabilite în anexa nr. 17 la ordin, din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

ART. 8 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare-reabilitare pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare-reabilitare, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 9 Furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare (sanatorii, preventorii) vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare.

CONTRACT**de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare-reabilitare a sănătății (pentru sanatorii și preventorii)****I. Părțile contractante**

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

și

Sanatoriul/Preventoriul/Secția sanatorială sau compartiment sanatorial din spital/furnizorii constituiți conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății Publice ca sanatorii balneare sau au în structura avizată de Ministerul Sănătății Publice secții sanatoriale balneare având sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon fix/mobil....., e-mail..... fax reprezentat prin

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

ART. 2 Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în sanatorii și preventorii se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare-reabilitare de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2010.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262 /2010

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție

de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste servicii, sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceștia. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

ART. 6 Furnizorul are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și normele de aplicare a acesteia;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare; factura va fi însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor din Contractul - cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/ 2010 și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate,

e) să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de recuperare-reabilitare, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.

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

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcției de sanătate publica judetene sau a municipiului Bucuresti, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 30 de zile de la data semnării contractului;

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

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

k) să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.

l) să asigure acordarea de servicii medicale de recuperare-reabilitare asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament,

m) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarii;

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

o) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în norme;

p) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul - cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/ 2010 și ale normelor de aplicare a acestuia;

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

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

s) să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul

sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ș) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază;

ț) să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

u) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - prescripție medicală, cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

v) să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație și conform unui buget orientativ în condițiile stabilite prin norme;

w) să acorde servicii medicale asiguraților numai pe bază de bilet de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate

x) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală trimisă direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală este un document tipizat care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la furnizor, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandări de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;

y) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) Suma pentru sanatorii balneare prevăzută în prezentul contract se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza și de tariful/zi de spitalizare negociat diferențiat pe tipuri de sanatorii.

Valoarea contractată în sumă de lei este suma negociată diminuată cu contribuția personală a asiguraților, conform tabelului de mai jos:

Tipul de asistență balneară	Nr. de zile de spitalizare contractate	Tariful pe zi de spitalizare negociat	Suma negociată	Suma suportată de asigurat	Valoarea contractată
1	2	3	$4 = 2 \times 3$	$5 = 2 \times 3 \times \%$	$6 = 4 - 5$
Asistență balneară terapeutică (cu trimitere					

medicală)					
Asistență balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)					
TOTAL:		x			

(2) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii, altele decât cele balneare, secțiile sanatoriale din spitale și preventorii este de și se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat și tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu negociat.

(3) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare, prevăzute în prezentul contract, atrage diminuarea valorii de contract după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară;

(4) Reținerea sumei conform alin. (3) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

(5) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (3) în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 8 (1) Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

(2) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract până la această dată, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 9 Plata serviciilor medicale de recuperare-reabilitare se face în contul nr. deschis la Trezoreria statului sau în contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare

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

VIII. Răspunderea contractuală

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

ART. 12 Reprezentantul legal al unității sanitare de recuperare-reabilitare cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale de recuperare-reabilitare peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nici o obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea și suspendarea contractului

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar; respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv dovezii de evaluare:

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

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 18 și art. 20 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, nu se aplică unităților sanitare cu paturi de recuperare-reabilitare.

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

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

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

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

d) acordul de voință al părților;

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

ART. 17 Situațiile prevăzute la art. 15 alin.(1) și la art. 16 lit. b) și c) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 18 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 19 Prezentul contract se poate modifica, prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare, cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

ART. 20 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală de recuperare-reabilitare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză

declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/al documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 22 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,
.....

Director executiv al Direcției
Economice,
.....

Director executiv al Direcției
Relației contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios

FURNIZOR DE SERVICII
MEDICALE

Reprezentant legal,
.....

Anexa la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare-reabilitare a sănătății (pentru sanatorii și preventorii) nr.....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare-reabilitare a sănătății (pentru sanatorii și preventorii), depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate și certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.,
- actul de înființare sau de organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz, nr.,

- autorizație sanitară de funcționare nr./raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege,
- dovada de evaluare nr./.....,
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare nr.
- cont nr. deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. deschis la Banca,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat (valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada de derulare a contractului),
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurari sociale de sanatate si a contribuției pentru concedii si indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr.....,,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- autorizația de libera practica pentru personalul mediu sanitar, certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar, valabil la data încheierii contractului,
- copia documentului care atesta gradul profesional pentru medici,
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercita profesia la furnizor,
- copia actului de identitate al reprezentantului legal, al medicilor și asistenților medicali,
- programul de activitate al medicilor si al personalului sanitar mediu angajat,
- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate,
- documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare, conform Anexei nr. 16 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010
- indicatorii specifici stabiliți prin Norme,
- indicatorii de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari, după caz,

ANEXA 30

MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ȘI DECONTARE a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ

ART. 1 (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală, precum și unele materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se acordă

în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Prescripția medicală este document cu regim special și se întocmește în 3 exemplare, dintre care două exemplare (originalul și o copie) se depun de asigurat la farmacie și al treilea exemplar rămâne în carnet la medicul care a eliberat prescripția. Toate datele vor fi înscrise lizibil, fără modificări, ștersături sau adăugiri. În cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată de către persoana care a completat inițial datele, pe toate formularele.

(2) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studențesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris.

Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studențești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie

Medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studențești ce sunt finanțate din bugetul de stat, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, și cu medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul convenției este cel prevăzut în anexa nr. 36 la ordin.

Prin medici/medici dentiști din cabinetele școlare și studentești se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.

(4) Prescripțiile medicale aferente medicamentelor fără contribuție personală se eliberează în următoarele situații:

a) pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravide și lehuze, tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor titlului VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

b) pentru bolile care beneficiază de gratuitate conform prevederilor legale în vigoare;

c) pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010.

(5) Pentru a beneficia de medicamente conform art. 102 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010, pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum și o declarație pe propria răspundere din care să rezulte faptul că realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei pe lună, iar acesta va consemna în fișa medicală a pensionarului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și va anexa la fișa medicală declarația dată pe propria răspundere de către pensionar.

ART. 2 (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de 3 - 5 zile în afecțiuni acute, de 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, cu excepția bolnavilor cuprinși în unele programe naționale de sănătate pentru care perioada de prescriere a medicamentelor poate fi de până la 90 de zile în conformitate cu prevederile hotărârii de guvern pentru aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anul 2010 și a normelor tehnice de realizare a acestora.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt incluși în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecință a actului medical prestat de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale și menționată pe prescripție sub rubrica aferentă CNP-ului. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

(3) Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului cuprinde medicația pentru maximum 30 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1).

(4) Prescripția medicală pentru cazurile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecțiunile acute și subacute prescripția medicală este valabilă maximum 48 de ore.

ART. 3 Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010 iar pentru bolnavii incluși în subprogramele din cadrul programului național cu scop curativ finanțate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, numărul medicamentelor prescrise este în concordanță cu schema terapeutică. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre și litere.

ART. 4 (1) Prescripția medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informațiile solicitate în formularul de prescripție medicală cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală cu regim special, nu se eliberează de către farmaci și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

ART. 5 În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, în limita competențelor legale pe care le au și în concordanță cu diagnosticul menționat pe formularul de prescripție medicală emis.

Excepție fac medicii de familie care pot prescrie medicamente atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca o consecință a actului medical prestat de alți medici în următoarele situații:

a) când pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală;

b) la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală;

c) în cadrul "Programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", pe baza scrisorii medicale transmisă de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Prescrierea medicamentelor antidiabetice orale de către medicii de familie și medicii desemnați se face numai dacă în scrisoarea medicală este prevăzut numărul de înregistrare al asiguratului, cu care acesta este luat în evidență la nivelul unității județene de diabet zaharat, în conformitate cu tratamentul prescris de medicul specialist și evidențiat în scrisoarea medicală.

Medicii din spitale au dreptul de a prescrie asiguraților, la externare, medicamente în limita specialității și a consultațiilor interdisciplinare evidențiate în foaia de observație.

ART. 6 Prescripțiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și unele materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

ART. 7(1) Eliberarea medicamentelor și a materialelor sanitare se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care farmacia respectivă are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract medicul prescriptor. În situația în care Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor nu au încheiat contract de furnizare de medicamente cu cel puțin un furnizor de medicamente într-un județ, respectiv în Municipiul București, medicul care a eliberat prescripția trebuie să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, iar furnizorul de medicamente să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior.

Primitorul semnează de primirea medicamentelor și a materialelor sanitare pe prescripția medicală, pe care se menționează numele, prenumele, adresa completă, seria și numărul actului de identitate al acestuia, codul numeric personal - CNP, data eliberării.

(2) În situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente și/sau materiale sanitare cuprinse în prescripția medicală, acestea se anulează în fața primitorului pe toate exemplarele prescripției medicale, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare din farmacie în cadrul sumei respective.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentul care dă prețul de referință în cadrul denumirii comune internaționale prescrise de medic și numai cu acordul asiguratului eliberează orice alte medicamente din cadrul aceleiași DCI, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială.

(3) Înscrierea prețurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist numai pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate, pe toate exemplarele prescripției medicale.

(4) Farmacistul notează prețurile de vânzare cu amănuntul, sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament și sumele ce reprezintă contribuția personală a asiguratului, pe care le totalizează, precum și prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru materialele sanitare.

(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A și B asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate, cu excepția medicamentelor și materialelor sanitare acordate în cadrul programelor naționale de sănătate pentru care sunt stabilite prețuri de decontare.

ART. 8 Prescripțiile cu destinație pediatrică se decontează numai pentru medicamentele de folosință pediatrică, conform indicațiilor producătorului de medicamente, cu excepția cazurilor justificate în care vârsta și greutatea pacientului impun utilizarea unei alte forme farmaceutice adecvate sau a unui alt medicament adecvat, după caz.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate decontează numai medicamentele cu denumirile comerciale prevăzute în Lista cu medicamente (denumiri comerciale), elaborată pe baza Listei cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază

asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

ART. 10 (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele și materialele sanitare din cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ, care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai CNAS, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 102, alin. (3) din contractul-cadru pentru anul 2010, pentru care se completează prescripții distincte. Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul de parafă al medicului, precum și codul numeric personal al asiguratului, respectiv al titularului de card european de asigurări sociale de sănătate. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor și a materialelor sanitare din cadrul programelor naționale de sănătate care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice: a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai CNAS, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 102, alin. (3) din contractul-cadru pentru anul 2010, pentru care se completează prescripții distincte.

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor din prescripțiile eliberate de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

(2) Borderourile se întocmesc în 2 exemplare, specificându-se suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi cu sumele totale ce urmează să fie decontate de către casele de asigurări de sănătate, evidențiate distinct pentru medicamente și pentru materiale sanitare.

ART. 11 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

(2) Eliberarea medicamentelor și a materialelor sanitare din cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ prevăzute în Hotărârea de Guvern pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2010 care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, se face prin farmaciile care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și care încheie în acest sens acte adiționale distincte la contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

Actele adiționale se adaptează după modelul de contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu precum și a

unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ART. 12 În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, farmaciile înaintează caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele și/sau materialele sanitare până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente și/sau materiale sanitare încheiat cu casa de asigurări de sănătate, următoarele acte în original: factura, borderourile centralizatoare, prescripțiile medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emiteră a acestuia.

ART. 13 Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților efectuate.

ART.14 (1) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din Catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina de WEB a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa www.cnas.ro și se actualizează în următoarele condiții:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu cu sau fără contribuție personală, în conformitate cu prevederile art. 97 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

b) trimestrial ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea listei de medicamente - denumiri comerciale și a prețurilor maxime;

c) în situația în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piață și care a obținut aprobarea Ministerului Sănătății pentru un preț de vânzare cu amănuntul mai mic decât prețul de vânzare cu amănuntul al medicamentului care dă prețul de referință în cadrul aceluiași DCI; această condiție se aplică numai dacă deținătorul de aprobare de punere pe piață a medicamentului respectiv prin reprezentantul său legal declară pe propria răspundere că dispune de o cantitate de medicamente care reprezintă cel puțin 50% din consumul de medicamente din cadrul unui DCI corespunzător anului 2009 și are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, sub sancțiunea scoaterii medicamentului din listă, în caz contrar.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele în condițiile prevăzute la alin. (1), indiferent de data la care a fost completată prescripția medicală de către medic, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (4).

ART. 15 Prescrierea, eliberarea și decontarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților se fac în limita fondului aprobat cu această destinație.

ART.16 La nivelul caselor de asigurări de sănătate vor funcționa comisii pentru fiecare grupă de boală cronică prevăzută potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale

medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare

Comisiile vor fi constituite din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, direcției de sănătate publică și ai medicilor prescriptori.

Fiecare comisie va fi constituită din 3 sau 5 persoane, astfel:

- medicul șef al casei de asigurări de sănătate sau o persoană desemnată de către acesta din structurile subordonate medicului șef;
- medic desemnat dintre medicii prescriptori de către casa de asigurări de sănătate și de direcția de sănătate publică;
 - un medic reprezentant al direcției de sănătate publică ;
- secretariatul comisiei va fi asigurat de persoane din cadrul structurilor subordonate medicului șef al casei de asigurări de sănătate.

Pentru comisiile formate din 5 persoane, vor mai face parte din comisie :

- 1 medic din cadrul casei de asigurări de sănătate;
- 1 medic prescriptor.

Comisia:

- stabilește criteriile de includere/excludere în/din tratament și aplicarea criteriilor de prioritizare în baza listelor de așteptare (unde nu există protocoale la nivel național) și punerea în aplicare a acestora în activitatea desfășurată;
 - pentru bolile la care există protocoale la nivel național prin care se aplică criteriile de prioritizare întocmește listele de așteptare, dacă este cazul.

Casa de asigurări de sănătate pune la dispoziția fiecărei comisii:

- numărul stabilit de bolnavi ce pot fi tratați, în funcție de sumele aprobate și costul mediu pe pacient;
- pacienții aflați în tratament și tratamentul acordat acestora, cu indicarea datei la care au intrat în tratament, a datei ultimei aprobări și a perioadei pentru care au primit ultima aprobare).

ART. 17 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2010 se efectuează în ordine cronologică până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (3) , în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Decontarea contravalorii medicamentelor care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul unor programe naționale de sănătate cu scop curativ se face în termen de până la 90 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (3).

(3) În termen de 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, factura se va valida în sensul acordării vizei „bun de plată” de către casa de asigurări de sănătate, ca urmare a verificării facturilor și a borderourilor centralizatoare.

ART. 18 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală din partea asiguraților în tratamentul ambulatoriu, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

CONTRACT

de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate

I. Părțile contractante:

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

și

Societatea comercială farmaceutică, reprezentată prin

Farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentată prin

având sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon.....fax e-mail....., și punctul în comuna, str. nr.,

II. Obiectul contractului:

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală precum și a unor materiale sanitare specifice, în tratamentul ambulatoriu

ART. 2 Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, reglementărilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010/2010, precum și a reglementărilor normelor metodologice de aplicare a contractului-cadru și a reglementărilor normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2010.

ART. 3 Furnizarea medicamentelor și materialelor sanitare se va desfășura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societății comerciale:

1. din, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

2. din, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

3. din, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

NOTĂ:

Se vor menționa și oficiile locale de distribuție cu informațiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2010.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

V. Obligațiile părților:

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ numai cu furnizorii de medicamente autorizați și evaluați conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afișare pe pagina web, lista acestora pentru informarea asiguraților; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate modificările intervenite în lista acestora, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

b) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora; casele de asigurări de sănătate decontează prescripții medicale care nu conțin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute și dacă se poate identifica medicul, asiguratul și dacă se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecțiune acută. În această situație casele de asigurări de sănătate atenționează medicii care prescriu rețete fără toate datele obligatorii necesare în vederea eliberării acestora, și încasează de la medicii respectivi valoarea decontată pentru fiecare prescripție medicală la care s-au constatat astfel de deficiențe;

c) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte, în limita fondurilor aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație consum de

medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente unor programe naționale de sănătate a căror eliberare se face prin farmaciile cu circuit deschis, la termenele prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

d) să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun;

e) să aducă la cunoștință furnizorilor de servicii medicale și asiguraților cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună, atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A, cât și pentru cele cuprinse în sublista B, precum și cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru fiecare cod de boală pentru medicamentele cuprinse în sublista C - secțiunea C1 și mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru medicamentele cuprinse în sublista C - secțiunea C3; în această situație asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 103 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

f) să informeze furnizorii de medicamente cu privire la condițiile de contractare și la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative;

g) să afișeze pe site, zilnic cât și pentru prima, respectiv a doua jumătate a fiecărei luni, la datele de 15 și 30/31 ale lunii respective, contravaloarea medicamentelor eliberate de fiecare farmacie cu care casa de asigurări de sănătate se află în relație contractuală, raportate de farmacii conform datelor din macheta prevăzută în Anexa 30 bis;

h) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relațiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi;

i) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de medicamente procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a controalelor efectuate în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la efectuarea controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

j) să organizeze trimestrial sau ori de câte ori este nevoie împreună cu direcția de sănătate publică întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuția personală din partea asiguraților în tratamentul ambulatoriu, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Casa de asigurări va informa asupra modificărilor apărute în actele normative și va stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

k) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe proprie răspundere.

B. Obligațiile furnizorilor de medicamente

ART. 7 Furnizorii de medicamente au următoarele obligații:

1) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamente la preț de referință și la preț de decontare;

2) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale (DCI), cu prioritate la prețurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea asiguratului, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; să se aprovizioneze, la cererea asiguratului, în maximum 48 de ore, cu materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, dacă acestea nu există la momentul solicitării în farmacie;

3) să practice o evidență de gestiune cantitativ valorică, corectă și la zi;

4) să verifice prescripțiile medicale în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ de către casele de asigurări de sănătate;

5) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic; să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale pentru materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ;

6) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

7) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ: factură, 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 și materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare din documentele justificative însoțitoare prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate conform prevederilor de la pct. 24;

8) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și modul de eliberare a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în condițiile reglementărilor legale în vigoare; să nu elibereze medicamente pentru care este necesară prescripție medicală, în lipsa acesteia;

9) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat, conform legii;

10) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale;

11) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului adoptat prin Decizia Adunării generale naționale a Colegiului Farmaciștilor din România nr. 2/2009, în relațiile cu asigurații;

12) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții și să afișeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente. Acest program se stabilește în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

13) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract sau convenție în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale eliberate în situațiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010. În situația în care Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului nu au încheiat contract de furnizare de medicamente cu cel puțin un furnizor de medicamente într-un județ, respectiv în Municipiul București, medicul care a eliberat prescripția trebuie să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, iar furnizorul de medicamente să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior;

14) să anuleze DCI-urile/medicamentele și/sau materialele sanitare care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

15) să nu elibereze medicamentele și materialele sanitare din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

16) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie și ștampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu

care furnizorul se află în relație contractuală; să afișeze la loc vizibil în farmacie, pentru informarea asiguraților, numărul de telefon Tel - Verde al casei de asigurări de sănătate cu care aceasta se află în relație contractuală;

17) să asigure prezența unui farmacist în farmacie și la oficiile locale de distribuție pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

18) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în prezentul contract. Pentru medicamentele eliberate decontarea se face cu încadrarea în fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate;

19) să se informeze asupra condițiilor de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ;

20) să elibereze medicamentul care dă prețul de referință în cadrul denumirii comune internaționale prescrise de medic și, numai cu acordul asiguratului, să elibereze alte medicamente din cadrul aceleiași denumiri comune internaționale, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială, în condițiile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

21) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

22) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

23) să acorde medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, și să nu încaseze contribuție personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăți;

24) să transmită caselor de asigurări de sănătate în format electronic, medicamentele și materialele sanitare eliberate conform machetei și la termenele prevăzute în Anexa 30 bis la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

25) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei, excepție făcând situațiile prevăzute la art. 101 lit. c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010;

26) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune.

VI. Modalități de plată:

ART. 8 (1) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emisie a acestora. În situația în care în același formular de prescripție se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele și materialele sanitare din cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urile aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai CNAS, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010, pentru care se completează prescripții distincte.

Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul de parafă al medicului, precum și codul numeric personal al asiguratului, respectiv al titularului de card european de asigurări sociale de sănătate. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

ART. 9 Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casele de asigurări de sănătate până la data de a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

ART. 10 (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat la casa de asigurări de sănătate și prevăzut în prezentul contract, suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

- a) cu 10% la prima constatare;
- b) cu 20% la a doua constatare;
- c) cu 30% la a treia constatare.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 1), 2), 5), 7), 10), 11), 12), 14), 16), 18), 19), 20) și 24), suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10% ;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

Pentru nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 2) nu se aplică diminuări ale sumei convenite pentru luna în care s-a înregistrat această situație, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

(3) Reținerea sumei conform alin. (1) și (2), se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) și alin. (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 11 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2010 se efectuează în ordine cronologică până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (3), în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Decontarea contravalorii medicamentelor care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul unor programe naționale de sănătate cu scop curativ se face în termen de până la 90 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (3).

(3) În termen de 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, factura se va valida în sensul acordării vizei „bun de plată” de către casa de asigurări de sănătate, ca urmare a verificării facturilor și a borderourilor centralizatoare.

ART. 12 Plata se face în:

a) contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr., deschis la Banca

VII. Răspunderea contractuală:

ART. 13 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 14 Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăților.

VIII. Clauză specială:

ART. 15 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului, și care împiedică executarea acestuia este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

IX. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului:

ART. 16 Prezentul contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă

a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

b) dacă din motive imputabile farmaciei evaluate aceasta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

c) în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a autorizației de funcționare;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei sau al expirării termenului de valabilitate a acesteia;

e) dacă farmacia evaluată înlocuiește medicamentele și/sau materialele sanitare neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) din prezentul contract; pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/ oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) de câte 3 ori pe an, pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/ oficiină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății comerciale se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/ aceeași oficiină locală de distribuție din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții medicale privind eliberarea de medicamente și/sau materiale sanitare conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de 2 luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

h) în cazul nerespectării prevederilor de la art. 7 pct. 3, 6, 8, 13, 15, 17, 21, 22, 23 și 25.

i) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 1, 2, 5, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 19, 20, 24 și 26; pentru nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 2 nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

j) în cazul refuzului furnizorului de medicamente de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor și/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

k) eliberarea de medicamente cu sau fără contribuție personală și/sau a materialelor sanitare în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, de către farmaciile/ oficiinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract.

ART. 17 Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 18 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității dovezii de evaluare, respectiv suspendarea autorizației de funcționare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității dovezii de evaluare, respectiv de la data suspendării autorizației de funcționare;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) nerespectarea de către furnizorii de medicamente a termenelor de plată a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, de la data constatarii de către casele de asigurări de sănătate din evidentele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului.

(2) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu eliberate de farmacii conform contractelor încheiate, se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante, până la data la care contravaloarea acestor medicamente atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010.

ART. 19 (1) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficinele locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 lit. f), g) și h) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 pct. 6, 13 și 22, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 lit. i) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 pct. 18 și condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 lit. i) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 pct. 7 și 24, se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 16 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/ oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

Prevederile art. 17 și 18 referitoare la condițiile de încetare, respectiv suspendare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuție, după caz.

(2) În situația în care prin farmaciile/ oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de

sănătate continuă să se elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală și/sau materiale sanitare în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societățile comerciale respective pentru toate farmaciile/ oficiile locale de distribuție cuprinse în aceste contracte.

ART. 20 (1) Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 lit. b) - d) se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 17 lit. a) și e) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența:

ART. 21 (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, sau la sediul părților.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului:

ART. 22 (1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 23 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 24 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor:

ART. 25 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIII. Alte clauze:

.....
.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, a fost încheiat astăzi în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,

.....

FURNIZOR DE MEDICAMENTE ȘI
MATERIALE SANITARE
Reprezentant legal,

.....

Director executiv al Direcției
economice,
.....

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

Vizat
Juridic, contencios

Anexă la contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate
nr.....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de **medicamente cu și fără contribuție personală** în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate și certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr.,
- certificat de înmatriculare la Registrul comerțului nr. sau actul de înființare.....,
- contul nr. deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca,
- cod de înregistrare fiscală – cod unic de înregistrare nr.,
- autorizație de funcționare nr., eliberată de,
- dovada de evaluare nr.,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul farmaceutic - farmaciști și asistenți de farmacie cu valabilitate pe toată perioada derulării contractului nr.,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare.....,
- program de lucru atât pentru farmaciile cât și pentru oficiile locale de distribuție
- lista personalului de specialitate angajat și programul de lucru al acestuia

- autorizație de liberă practică (farmaciști și asistenți farmacie) sau certificat de membru al Colegiului Farmaciștilor din România

PACHET SERVICII DE BAZĂ
LISTA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN
AMBULATORIU

A. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Proteză auditivă	Retroauriculară/Intraauriculară	5 ani	919,11
2	Proteză fonatorie	a) Vibrator laringian	5 ani	1.048,96
		b) Buton fonator (shunt - ventile)	2/an	849,90
3	Proteză traheală	a) Canulă traheală simplă	4/an	378,32
		b) Canulă traheală Montgomery	2/an	1496,25

NOTĂ:

–

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda 2 proteze auditive dacă medicii specialiști recomandă protezare bilaterală.
2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

B. Dispozitive pentru protezare stomii

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/SET
C1	C2	C3	C4	C5
	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	1 set*)/lună (30 bucăți)	241,76
		b) sac colector pentru urostomie	1 set*)/lună (15 bucăți)	181,17

	B. Sistem stomic cu doua componente	a) pentru colostomie/ ileostomie (flanșă suport și sac colector)	1 set**)/lună	192,33
		b) pentru urostomie (flanșă suport și sac colector)	1 set**)/lună	301,11

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

***) Un set de referință este alcătuit din 4 flanșe suport și 15 saci colectori. În situații speciale, la recomandarea medicului specialist, componența setului de referință poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set de referință.

NOTĂ:

1. Se va prescrie doar unul din sisteme A sau B, pentru fiecare tip.

2. Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor specialiști, se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie

3. Pentru asigurații cu colostomie/ileostomie dublă la recomandarea medicilor specialiști, se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

C. Dispozitive pentru incontinență urinară

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/SET
C1	C2	C3	C4	C5
1	Condom urinar		1 set*)/lună (30 bucăți)	117,13
2	Sac colector de urină		1 set*)/lună (6 bucăți)	16,08
3	Sonda Foley		1 set*)/lună (4 bucăți)	24,63
4	Cateter urinar		1 set*)/lună (120 bucăți)	900,00
5				LEI/BUC.

Benzi intravaginale pentru incontinență urinară			1363,72
---	--	--	----------------

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

D. Proteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Proteză parțială de picior	a) LISEFRANC	2 ani	1.634,69
		b) CHOPART	2 ani	1.746,71
		c) PIROGOFF	2 ani	1.891,86
2	Proteză pentru dezarticulația de gleznă	SYME	2 ani	2.012,67
3	Proteză de gambă	a) convențională, din material plastic, cu contact total	2 ani	2.358,41
		b) convențională, din piele	2 ani	1.940,84
		c) geriatrică	2 ani	2.368,18
		d) modulară	4 ani	2.417,53
4	Proteză pentru dezarticulația de genunchi	modulară	4 ani	5.048,56
5	Proteză de coapsă	a) pilon	2 ani	1.359,01
		b) combinată	2 ani	2.293,08
		c) din plastic	2 ani	2.449,20
		d) cu vacuum	2 ani	2.989,26
		e) geriatrică	2 ani	2.711,54
		f) modulară	4 ani	4.405,99

		g) modulară cu vacuum	4 ani	4.501,94
6	Proteză de șold	a) convențională	2 ani	2.442,56
		b) modulară	4 ani	6.987,12
7	Proteză parțială de bazin hemipelvectomie	a) convențională	2 ani	3.228,34
		b) modulară	4 ani	6.981,64

NOTĂ:

- 1) Termenul de înlocuire de 2, respectiv 4 ani se consideră de la momentul în care asiguratul a intrat în posesia protezei definitive, dacă acesta a beneficiat și de proteză provizorie.
- 2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzută în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.
- 3) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

E. Proteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Proteză parțială de mână	a) funcțională simplă	2 ani	1.386,17
		b) funcțională	2 ani	1.807,34
2	Proteză de dezarticulație de încheietură a mâinii	a) funcțională simplă	2 ani	2451,39
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani	2911,27
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani	3754,23
		d) funcțională acționată mioelectric	8 ani	3754,23
3	Proteză de antebraț	a) funcțională simplă	2 ani	2449,03
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani	2801,49
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani	3578,17
		d) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație pasivă	8 ani	3.578,17

		e) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație activă	8 ani	3.578,17
4	Proteză de dezarticulație de cot	a) funcțională simplă	2 ani	4.352,76
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani	3.743,11
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani	4.902,69
		d) funcțională atipic electric	8 ani	4.902,69
		e) funcțională mioelectrică	8 ani	4.902,69
5	Proteza de braț	a) funcțională simplă	2 ani	3.576,86
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani	4.550,69
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani	4.752,60
		d) funcțională atipic electric	8 ani	4.752,60
		e) funcțională mioelectrică	8 ani	4.752,60
6	Proteză de dezarticulație de umăr	a) funcțională simplă	2 ani	4.766,64
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani	4.688,87
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani	5.503,05
		d) funcțională atipic electric	8 ani	5.503,05
		e) funcțională mioelectrică	8 ani	5.503,05
7	Proteză pentru amputație inter-scapulo - toracică	a) funcțională simplă	2 ani	4.629,65
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani	5.470,06
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani	5.253,83
		d) funcțională atipic electric	8 ani	5.253,83

NOTĂ:

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.
2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

F. Dispozitive de mers

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Baston		3 ani	40,14
2	Baston	cu trei / patru picioare	3 ani	82,38
3	Carjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an	43,17
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani	87,79
		c) cu sprijin pe antebraț metalică	3 ani	49,34
4	Cadru de mers		3 ani	169,05
5	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată		PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
		a) cu antrenare manuală/electrică	5 ani	1.268,95
		b) triciclu pentru copii	3 ani	1.482,90
		perioadă determinată		SUMĂ DE ÎNCHIRIERE LEI/LUNĂ
		a) cu antrenare manuală		34,90
		b) triciclu pentru copii		54,77

NOTĂ:

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 și 3; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

G. Orteze

G.1 Orteze pentru coloana vertebrala

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Orteze cervicale	a) colar	12 luni	69,90
		b) Philadelphia / Minerva	12 luni	221,91
		c) Schanz	12 luni	63,37

2	Orteze cervicotoracice		12 luni	117,92
3	Orteze toracice		12 luni	202,52
4	Orteze toracolombosacrale		12 luni	232,86
		a) corset Cheneau	12 luni	1.069,14
		b) corset Boston	12 luni	1.084,15
		c) corset Euroboston	12 luni	1.131,13
		d) corset Hessing	12 luni	241,73
		e) corset de hiperextensie	12 luni	1.135,61
		f) corset Lyonnais	12 luni	1.268,75
	g) corset de hiperextensie în trei puncte ptr. scolioză	12 luni	1190,74	
5	Orteze lombosacrale		12 luni	130,11
		lombostat	12 luni	136,04
6	Orteze sacro - iliace		12 luni	112,70
7	Orteze cervicotoracolombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani	1.613,60
		b) corset Milwaukee	12 luni	1.359,56

NOTĂ: Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

G.2 Orteze pentru membrul superior

NR. CRT. C1	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL C2	TIPUL C3	TERMEN DE ÎNLOCUIRE C4	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC. C5
1	Orteze de deget		12 luni	97,69
2	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/fixarea degetului mare	12 luni	89,72
		b) dinamică	12 luni	112,94
3	Orteze de încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni	141,27
		b) dinamică	12 luni	88,63
4	Orteze de încheietura mâinii - mână	fixă/mobilă	12 luni	137,86

	- deget			
5	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni	176,76
6	Orteze de cot - încheietura mâinii - mână		12 luni	477,51
7	Orteze de umăr		12 luni	259,57
8	Orteze de umăr - cot		12 luni	340,84
9	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni	1.106,37
		b) dinamică	12 luni	2.515,98

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

2) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

G.3 Orteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Orteze de picior		12 luni	321,90
2	Orteze pentru gleznă - picior	fixă/mobilă	12 luni	171,10
3	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni	511,32
		b) mobilă	12 luni	509,36
		c) Balant	2 ani	655,53
4	Orteze de genunchi - gleznă – picior		12 luni	823,50
		a) Gambier cu scurtare	2 ani	260,96
		b) Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră)	2 ani	359,75
		c) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani	1.264,52
5	Orteze de șold		12 luni	1.834,68
6	Orteze șold - genunchi		12 luni	1.960,99

7	Orteze de șold - genunchi - gleznă - picior		12 luni	1.848,09
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani	1.748,70
		b) Hessing (aparat)	2 ani	727,13
8	Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*	111,25
		b) de abducție	*	69,29
		c) Dr. Fettwies	*	1.727,30
		d) Dr.Behrens	*	1.113,97
		e) Becker	*	86,71
		f) Dr. Bernau	*	627,85
9	Orteze corectoare de statică a piciorului			LEI/PERECHÉ
		a) susținători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni	47,16
		b) susținători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni	59,54
		c) Pes Var/Valg	12 luni	228,54
		d) Hallux-Valgus	12 luni	LEI/BUC. 105,97

NOTĂ:

- 1) Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) și c) se prescriu numai perechi.
- 2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.
- 3) * se poate acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare
- 4) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), cu excepția celor prevăzute la pct. 1); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4

H. Încălțăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/PERECHÉ
C1	C2	C3	C4	C5

1	Ghete	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	225,28
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni	282,24
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	219,24
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni	219,24
		e) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	229,39
		f) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni	285,02
		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	248,86
		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	307,87
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	288,17
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	348,62
		2	Pantofi	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv
b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni			235,81
c) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni			196,87
d) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni			249,95
e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni			239,55
f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni			287,56
g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni			233,75

		h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	289,01
--	--	--	--------	--------

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă pereche de încălțăminte înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi

2) Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.

3) Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

I. Dispozitive pentru deficiențe vizuale

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Lentile intraoculare *	a) ptr. camera anterioară b) ptr. camera posterioară		284,85

* Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puțin 6 luni.

J. Echipamente pentru oxigenoterapie

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	SUMĂ DE ÎNCHIRIERE LEI/LUNĂ
C1	C2	C3	C4	C5
1	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen*)			159,52

*) Aparatele de administrarea continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere;

MODALITATEA**de prescriere, procurare și decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu**

ART. 1 (1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, se acordă pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza prescripției medicale eliberate de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal.

(2) Prescripția medicală se eliberează în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medic, un exemplar însoțește cererea și se depune la casa de asigurări de sănătate și un exemplar rămâne la asigurat, pe care îl predă furnizorului de dispozitive medicale împreună cu decizia de aprobare a dispozitivului medical eliberată de casa de asigurări de sănătate. Prescripția medicală trebuie să conțină denumirea și tipul dispozitivului medical din Lista dispozitivelor medicale din anexa 32 la ordin. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului.

Prescripția medicală va fi întocmită în limita competenței medicului prescriptor.

(3) Prescripția medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale autorizat și evaluat care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data și locul efectuării, numărul buletinului de verificare metrologică sau al certificatului de etalonare al audiometrului.

(4) Prescripția medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoțită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenție chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situație medicul care face recomandarea va menționa pe prescripția medicală modul de protezare și tipul protezei definitive. În situații speciale, pentru același segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare care să cuprindă atât proteză provizorie cât și proteză definitivă sau direct proteză definitivă.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii, în cazul pacienților cu stome permanente, medicul va menționa pe prescripția medicală "stomă permanentă".

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară recomandarea se poate face și de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate unde este în evidență și asiguratul, în baza scrisorii medicale transmisă de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu în acest caz și numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală, se află în relație contractuală și numărul contractului încheiat de către acesta.

(8) În prescripția medicală se va menționa obligatoriu că deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

ART. 2 (1) Pentru obținerea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul, însoțită de un document justificativ

care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, prescripția medicală pentru dispozitivul medical și declarația pe propria răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează prescripția medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, și certificatul de naștere (în copie), cu codul numeric personal - CNP. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor

(2) Prescripțiile medicale își pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescripțiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat (reprezentant legal, angajat, asociat, administrator).

(3) În situația pacienților cu stome permanente pentru obținerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripția medicală pe care este completată mențiunea "stomă permanentă" se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată într-un an calendaristic.

ART. 3 (1) Casa de asigurări de sănătate, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal.

(2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării și, respectiv, emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinație. Decizia se expediază prin poștă în maximum 2 zile lucrătoare de la emiterea ei. În situația în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depășirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinație permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poștă, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripției medicale, dacă este cazul. Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării unui dispozitiv medical este prevăzut în Anexa 35.

(3) Criteriile de prioritate precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență stabilit de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, publicat pe pagina web a acesteia, precum și de ponderea fiecărei categorii de dispozitive medicale din totalul dispozitivelor medicale acordate asiguraților, în condițiile art.118 alin.(2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G.nr.262/2010.

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical și se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poștă, și un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

(5) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 A la ordin.

(6) În cazul protezelor pentru membrul inferior, casele de asigurări de sănătate pentru un singur dispozitiv medical emit decizii distincte pentru același tip de proteză

pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie și proteza definitivă). Decizia pentru proteza definitivă, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta a beneficiat de proteza provizorie.

(7) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraților pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere iar aparatele pentru administrare continuă cu oxigen se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivelor medicale. Perioada de închiriere nu poate depăși data la care încetează valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate și furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acordă pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive și numărul acestora pe fiecare tip.

(8) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 B la ordin.

(9) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la alin. (5) și (8). În cazul dispozitivului medical la comandă, furnizorul de dispozitive medicale înștiințează casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

ART. 4 (1) Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, în cazul dispozitivelor la comandă (inclusiv pentru protezele auditive), sau, în cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comandă, asiguratul sau unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluați, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate și prescripția medicală.

(2) Pentru pacienții cu stome permanente care în cursul anului calendaristic, după expirarea termenului de valabilitate a unei decizii, doresc să se adreseze altui furnizor de dispozitive pentru protezare stomii decât cel la care au depus prescripția medicală cu mențiunea "stomă permanentă", este necesară obținerea unei alte prescripții medicale cu mențiunea "stomă permanentă" care să însoțească decizia emisă de casa de asigurări de sănătate.

(3) În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen, decizia va fi însoțită de talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

ART. 5 Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficiențelor organice sau funcționale în ambulatoriu, prevăzută în anexa nr. 32 la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde prețurile de referință și sumele de închiriere pentru dispozitivele medicale care se acordă pe o perioadă determinată prin închiriere precum și termenele de înlocuire ale dispozitivelor medicale. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul a beneficiat de dispozitivul medical.

ART. 6 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(3) Furnizorul emite, în vederea decontării, factura însoțită de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele efectuate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către aceiași furnizor-de servicii medicale sau de dispozitive medicale-autorizat și evaluat, care a efectuat audiograma inițială pentru stabilirea diagnosticului. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data și locul efectuării, numărul buletinului de verificare metrologică sau al certificatului de etalonare al audiometrului. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată, și de aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa și talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa la prima facturare, după închirierea dispozitivului medical, și dovada verificării tehnice.

(4) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, decontarea se face pentru același furnizor, cumulativ pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive.

(6) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

ART. 7 Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligația ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la

termen/înainte de termen să anunțe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

ART. 8 (1) Certificatul de garanție predat de către furnizor asiguratului trebuie să precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical (numele producătorului, numele reprezentantului autorizat al producătorului sau numele distribuitorului, după caz; tipul; numărul lotului precedat de cuvântul "lot" sau nr. de serie, după caz); data fabricației și, după caz, data expirării; termenul de garanție.

(2) În cadrul termenului de garanție asigurații pot sesiza furnizorul în legătură cu eventualele deficiențe ale a dispozitivului medical care conduc la lipsa de conformitate a acestuia, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. În acest caz repararea sau înlocuirea dispozitivului medical cu altul corespunzător va fi asigurată și suportată de către furnizor.

ANEXA 34

- model -

CONTRACT

de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

I. PĂRȚILE CONTRACTANTE

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

și
Furnizorul de dispozitive medicale, prin reprezentantul legal sau împuternicitul legal al acestuia....., după caz,

II. OBIECTUL CONTRACTULUI

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. DISPOZITIVE MEDICALE FURNIZATE

ART. 2 Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 32 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și constau în:

- a)
- b)
- c)

Lista de dispozitive medicale se va detalia pe categorii, denumiri și tipuri.

IV. DURATA CONTRACTULUI

ART. 3 Presentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2010.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010

V. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale evaluați, astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și a normelor metodologice de aplicare a acestuia și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, inclusiv pe site-ul casei de asigurări de sănătate, lista în ordine alfabetică a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și punctul de lucru din județul respectiv, pentru informarea asiguratului;

b) să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiționale, pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora și a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale.

c) să informeze furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare și de negociere a clauzelor contractuale;

d) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale și în limita bugetului aprobat; modelul de decizie pentru aprobarea procurării / închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în Anexa nr. 35 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.

e) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical prețul de referință/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical și să specifice pe verso-ul deciziei, în ordine alfabetică, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se află în relații contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și punctul de lucru din județul respectiv, pentru informarea asiguratului;

f) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale;

g) să asigure efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de furnizor și a documentelor obligatorii care le însoțesc;

h) să verifice dacă emitentul prescripției medicale se află în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înțelege furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale;

B. Obligațiile furnizorului de dispozitive medicale

ART. 6 Furnizorul de dispozitive medicale are următoarele obligații:

a) să respecte prevederile legale privind condițiile de introducere pe piață, de comercializare și de punere în funcțiune a dispozitivelor medicale;

b) să livreze dispozitivul medical în conformitate cu recomandarea medicului și să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesită service;

c) să livreze dispozitivele medicale și să desfășoare activități de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru pentru care dețin dovada de evaluare;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical;

e) să livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandării medicale să nu sufere modificări, în condițiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă și predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor de închiriere, prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale pentru care nu sunt calculate prețuri de referință/sume de închiriere, însoțite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății și/sau declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz, și care trebuie să fie aceleași cu cele din lista prețurilor de vânzare cu amănuntul/sumelor de închiriere pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate prezentată la contractare;

g) să respecte confidențialitatea tuturor 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 medicale la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un același furnizor autorizat și evaluat, care a efectuat audiograma inițială pentru stabilirea diagnosticului, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, fotoliile rulante și aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu; cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

k) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații

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

m) să întocmească evidențe distincte ale pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titularilor ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza

Regulamentului CEE nr. 1.408/1971, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și au obligația să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale serviciile medicale acordate pentru această categorie de persoane.

n) să întocmească evidențe distincte ale pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și au obligația să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate, precum și documentele care au deschis dreptul la servicii medicale.

o) să respecte toate prevederile legale în vigoare privind autorizarea, evaluarea și certificarea dispozitivelor medicale, prezentând în acest sens casei de asigurări de sănătate cu care încheie contract, documentele justificative.

VI. MODALITĂȚI DE PLATĂ

ART. 7 Documentele în baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de a fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea

ART. 8 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță și bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factură.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul de vânzare cu amănuntul cel mai mic. În situația în care pentru un dispozitiv medical, prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât prețul de referință, casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință respectiv prețul de referință, dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere prevăzută în norme, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță și bon fiscal sau, la cererea asiguratului factură.

(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în

relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere prevăzută în norme a acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează pentru închirierea dispozitivului medical, suma de închiriere cea mai mică. În situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere prevăzută în norme, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere prevăzută în norme, respectiv suma de închiriere, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere prevăzută în norme.

ART. 9 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate furnizorului la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor. Factura emisă de furnizor este însoțită de copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele medicale la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, de confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate după protezare auditivă de către același furnizor autorizat și evaluat care a efectuat audiograma inițială pentru stabilirea diagnosticului. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data și locul efectuării, numărul buletinului de verificare metrologică sau al certificatului de etalonare al audiometrului. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată și aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa și talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa la prima facturare după închirierea dispozitivului medical și dovada verificării tehnice.

(2) Decontarea în cazul protezării pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(3) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenție chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru același furnizor, cumulativ pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive.

(4) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele

testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(6) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

(7) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență stabilit de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate publicat pe pagina web a acesteia, precum și de ponderea fiecărei categorii de dispozitive medicale din totalul dispozitivelor medicale acordate asiguraților.

ART. 10 Plata dispozitivelor medicale se face în contul furnizorului de dispozitive medicale nr. deschis la Trezoreria statului sau contul nr. deschis la Banca, la data de

ART. 11 Decontarea dispozitivelor medicale se face în termen de maximum 30 de zile de la data depunerii documentelor necesare în vederea decontării.

VII. RĂSPUNDEREA CONTRACTUALĂ

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

VIII. CLAUZĂ SPECIALĂ

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului, și care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

IX. ÎNCETAREA, REZILIEREA ȘI SUSPENDAREA CONTRACTULUI

ART. 14 Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării, următoarelor situații:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale;

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului, respectiv de la încetarea valabilității;

c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deține certificat de înregistrare a dispozitivului medical emis de Ministerul Sănătății și/sau declarația de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 6 lit. a), b), c), d), g), i), k), l);

e) la a patra constatare a nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 6 lit. e), h) și j);

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative și cele de evidență financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcțiune și service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind decontarea din Fond;

g) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

ART. 15 Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;

b) încetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

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

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

c) nerespectarea de către furnizori a termenelor de plată a contribuției la Fond, de la data constatarii de către casele de asigurări de sănătate din evidentele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului.

d) încetarea valabilității pentru dovada de evaluare, respectiv retragerea avizului de funcționare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea / dobândirea acesteia/acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității / retragerii acesteia/acestuia;

(2) Decontarea dispozitivelor medicale acordate conform contractelor încheiate, se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante, până la data la

care contravaloarea acestor dispozitive medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 17 Situațiile prevăzute la art. 14 și art. 15 lit. a) - c) se constată din oficiu de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situația prevăzută de art. 15 lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 18(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 6 lit. e), h) și j), suma cuvenita pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) Reținerea sumei conform alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

X. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 21 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIII. Alte clauze:

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE

Președinte - director general,

Reprezentant legal,

.....

.....

Director executiv al Direcției economice,

.....

Director executiv al Direcției relații contractuale,

.....

Vizat
Juridic, contencios

.....

ANEXA

la contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu nr.....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate și certificate pentru conformitate cu originalul, prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină:

- Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, actul de înființare nr..... conform prevederilor legale în vigoare.
- Codul unic de înregistrare nr.,
- Certificat de înscriere de mențiuni, cu evidențierea reprezentantului legal și a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activități pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate
- Contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr., deschis la Banca
- Dovada de evaluare pentru sediul social nr./data
- Dovada de evaluare pentru fiecare punct de lucru nr./data
- Certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emis/emise de Ministerul Sănătății și/sau declarația/declarațiile de conformitate CE emisă/emise de producător (traduse de un traducător autorizat), după caz
- Avizul de funcționare și/sau certificatul de înregistrare al producătorului de dispozitive medicale, după caz, emis de Ministerul Sănătății,
- Dovada de răspundere civilă în domeniul medical nr., valabilă la data încheierii contractului, atât pentru personalul medico-sanitar cât și pentru furnizor,
- Lista prețurilor de vânzare cu amănuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele prevăzute în contractul de furnizare de dispozitive medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Dovada plății contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare
- Programul de lucru:
 - sediul social (după caz).....
 - punctul de lucru.....
- Cerere de solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr.....
- Copie după actul constitutiv
- Împuternicire legalizată nr. pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz
- Copie buletin/carte de identitate a reprezentantului legal / împuternicitului furnizorului și datele de contact ale acestuia

ANEXA 35

- model -

Casa de Asigurări de Sănătate

Decizia nr. din data

Președintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- prevederile H.G. nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010 precum și prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010;

Văzând cererea nr. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate în data de depusă de beneficiar, nume și prenume sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP, Adresă completă, telefon) beneficiar domiciliat înCNP..... actul nr. prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, prescripția medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale eliberată de medicul specialist dr., din unitatea sanitară, declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea președintelui – director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr.....

DECIDE

Art. 1. Se aprobă procurarea / închirierea următorului dispozitiv medical destinat recuperării unor deficiențe organice sau funcționale

.....
.....
pe o perioadă de termen de înlocuire de pentru numitul
.....

Art. 2. Prețul de referință/suma de închiriere suportat/ă de către Casa de Asigurări de Sănătate este:

Art. 3. Prezenta decizie are o valabilitate de zile calendaristice de la data de.....

Art. 4. Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Data azi.....

Președinte-Director General,

Viza juridic - contencios

Viza CFP

DECIZIE VERSO

**LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE EVALUAȚI AFLAȚI ÎN
RELAȚIE
CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

.....
**CARE FURNIZEAZĂ/ÎNCHIRIAZĂ DISPOZITIVUL
MEDICAL.....TIP.....**

Furnizor de dispozitive medicale	Adresă completă sediu social (adresă, telefon, fax, pagină web)	Adresă completă punct de lucru
1		
2		
...		

**ANEXĂ LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII ȘI
INCONTINENȚĂ URINARĂ NR./.....**

- Prezenta anexă se predă asiguratului împreună cu decizia;
- CAS va ștampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane;
- În cazul expedierii prin poștă a talonului, coloana C6 nu se completează, luându-se în considerare documentele ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu;

Nr. talon	Luna	Nume și prenume CNP	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

**ANEXĂ LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE ȘI A APARATELOR PENTRU ADMINISTRAREA CONTINUĂ CU OXIGEN
NR./.....**

- Prezenta anexă se predă asiguratului împreună cu decizia;
- CAS va ștampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane;

Nr. talon	Luna	Nume și prenume CNP	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

CONVENȚIE*)

privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, formulare cu regim special, unice pe țară

I. Părțile convenției

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

Medicul (nume, prenume) CNP cod parafă Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. .../..... din cabinetul medical/unitatea sanitară, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon

II. Obiectul convenției

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în vederea recunoașterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

ART. 2 (1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

a) medicii din cabinetele medicale școlare/studentești numai pentru elevi, respectiv studenți; cu domiciliul în altă localitate decât cea în care se află unitatea de învățământ respectivă

b) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap; numai pentru persoanele instituționalizate;

c) medicii care acordă asistență medicală din serviciile publice specializate sau organismele private autorizate numai pentru copiii încredințați ori dați în plasament;

d) medicii care acordă asistență medicală din alte instituții de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituționalizate;

e) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

f) medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești numai pentru elevi, respectiv studenți, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar.

(2) Eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

a) medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești;

- b) medicii care acordă asistență medicală din căminele de bătrâni;
- c) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap;
- d) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;
- e) medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice se face de către:

a) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

b) medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studentești pentru radiografie dentară retroalveolară și panoramică, pentru elevi, respectiv studenți.

(4) Prin medicii/medicii dentiști din cabinete școlare și studentești menționați la alin. (1), (2) și (3) se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, care sunt finanțate de la bugetul de stat.

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2010.

IV. Obligațiile părților

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze medicii cu care încheie convenții asupra condițiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice și/sau prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu;

b) să controleze medicii privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul prezentei convenții;

c) să țină evidențe distincte ale formularelor de prescripții medicale cu regim special, distribuite medicilor cu care a încheiat convenții, precum și a prescripțiilor medicale eliberate de aceștia;

d) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta conform criteriilor din sistemul informatic unic integrat;

e) să monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții;

f) să monitorizeze lunar investigațiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții.

ART. 4 Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau care eliberează prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;

c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberării biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau a eliberării prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

f) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul;

g) să prescrie medicamente în următoarele condiții:

- medicii din cabinetele medicale școlare și studențești prescriu medicamente în caz de urgență medicală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile, numai pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință; -medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris;

- medicii de medicină dentară și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile și numai ca o consecință a actului medical propriu;

- medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie;

- medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie;

- medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, conform specializării și numai ca o consecință a actului medical propriu;

- medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

V. Încetarea și rezilierea convenției

ART. 5 Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile calendaristice de la data de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale

clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberează prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligațiilor asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

c) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

d) refuzul medicului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, potrivit prezentei convenții;

e) constatarea de abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguraților în tratamentul ambulatoriu și ale unor materiale sanitare, inclusiv fara aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul.

ART. 6 Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) medicul nu mai desfășoară activitate în cabinetul medical/unitatea sanitară din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;

b) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul care a încheiat convenția;

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

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a convenției de către medic sau de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea convenției;

f) a survenit decesul medicului;

g) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România.

ART. 7 Situațiile prevăzute la art. 5 și la art. 6 lit. b), f), g) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la art. 6 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. Corespondența

ART. 8 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte din convenție este obligată ca, în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție, să notifice celeilalte părți schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenției

ART. 9 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate
Președinte - director general, Medic.....

Vizat

Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale.....

*) Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală.

Pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pentru medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat, modelul de convenție se va adapta în sensul încheierii convenției între casa de asigurări de sănătate și unitatea sanitară în care își desfășoară activitatea medicii din structurile anterior menționate.

Pentru medicii din cabinetele medicale școlare și studențești finanțate de la bugetul de stat, convenția se încheie între casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi.

Medicii menționați în prezenta anexă, încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care își desfășoară activitatea medicii respectivi.

ANEXA 37

- model -

CONVENȚIE

**privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești
(recomandare de internare), formular cu regim special unic pe țară**

I. Părțile convenției

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

și
- Unitatea medico-socială, reprezentată prin, cu autorizație sanitară de funcționare nr. din, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr., județul/sectorul, telefon

- Unitatea sanitară cu paturi, cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin, având actul de înființare sau de organizare nr., autorizația sanitară de funcționare nr., dovada de evaluare nr., codul unic de înregistrare și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, valabilă pe toată durata derulării convenției nr.

- Cabinet de medicina muncii..... reprezentată prin, cu autorizație sanitară de funcționare nr. din, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr., județul/sectorul, telefon

II. Obiectul convenției

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

ART. 2 Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești se face de către următorii medici:

A. Medicii din spital, respectiv:

a) medicii din dispensare TBC care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

b) medicii din laboratoarele de sănătate mintală, respectiv centrele de sănătate mintală și staționar de zi care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

c) medicii din cabinete medicale de boli infecțioase care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/
Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/
Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

d) medicii din cabinetele de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/
Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume) CNP,
cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al
Colegiului Medicilor din România nr. /

B. Medicii din unitatea medico-socială:

1. Medicul (nume, prenume), CNP,
cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al
Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/
Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

3. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/
Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

C. Medicii din cabinetul de medicina muncii:

1. Medicul (nume, prenume), CNP,
cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al
Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/
Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

3. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/
Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2010.

IV. Obligațiile părților

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze spitalele și unitățile medico-sociale cu care încheie convenții asupra condițiilor în care medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale spitalicești;

b) să monitorizeze lunar serviciile medicale spitalicești acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii din unitățile medico-sociale și de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, cu care a încheiat convenții.

ART. 4 Unitățile medico-sociale și furnizorii de servicii medicale spitalicești au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;

c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului;

f) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web.

V. Încetarea și rezilierea convenției

ART. 5 Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării în următoarele situații:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale spitalicești; în situația în care convenția cu unitatea medico-socială/spitalul se încheie pentru mai mulți medici, ridicarea de către organele de drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al unui medic nu conduce la rezilierea convenției, ci doar la excluderea din convenție a medicului respectiv;

c) nerespectarea obligațiilor asumate prin prezenta convenției, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

d) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării;

ART. 6 Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;

b) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz;

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

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea convenției.

ART. 7 Situațiile prevăzute la art. 5 și la art. 6 lit. b) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la art. 6 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. Corespondența

ART. 8 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte din convenție este obligată ca, în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție, să notifice celeilalte părți schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenției

ART. 9 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate
Președinte - director general,

Unitatea medico-socială /
Unitate sanitară cu paturi /
Cabinet de medicina muncii
Reprezentant legal

Vizat
Juridic, contencios

NOTĂ:

Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de internare de către medicii din unitățile medico-sociale sau de către medicii din dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică.

Pentru medicii menționați în prezenta anexă se încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care își desfășoară activitatea medicii respectivi.

Denumire Furnizor
Medic
Contract / convenție Nr.....
CAS

SCRISOARE MEDICALĂ*
- MODEL -

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că.....,
născut la data de, CNP, a fost
consultat în serviciul nostru la data de

Motivele prezentarii
.....

Diagnosticul:

.....
.....
.....
.....

Anamneza:

- factori de risc

Examen clinic:

- general

- local

Examene de laborator:

- cu valori normale

- cu valori patologice

Examene paraclinice:

EKG

ECO

Rx

Altele

Tratament efectuat:

.....
.....
.....

Alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului:

.....
.....
.....

Tratament recomandat:

.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Unitate județeană de diabet zaharat:	
Nr. înregistrare a asiguratului:	

Data

medicului

Semnătura și parafa

.....

Calea de transmitere:

- prin asigurat
- prin poștă

*) Scrisoarea medicală se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația/serviciul, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

ANEXA NR. 39 A

LISTA AFECȚIUNILOR CRONICE* PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚA DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE,** MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU ***

A. Afecțiuni incluse în Programele Naționale de Sănătate:

1. Afecțiunile oncologice
2. Diabetul zaharat
3. Starea posttransplant
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică)
5. Insuficiența renală cronică în dializă

B. Afecțiuni pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS

1. Proceduri intervenționale percutane după implantarea unui stent (G3)
2. Hepatita cronică de etiologie virală (G4)
3. Ciroza hepatică (G7)
4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)
5. Epilepsie (G11)
6. Boala Parkinson (G12)
7. Scleroza multiplă (G14)

8. Demențe degenerative, vasculare, mixte (G16)
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine) (G22)
10. Boala Gaucher (G29)
11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)
12. Poliartrita reumatoidă (G31b)
13. Artropatia psoriazică (G31c)
14. Spondilita ankilozantă (G31d)
15. Artrita juvenilă (G31e)
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)

NOTA:

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

** Evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate;

*** Evidența cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic;

ANEXA 39 B

Aviz,
Direcția de Sănătate Publică.....
Director.....

Data.....

Denumirea

furnizorului.....

.....

.....

.....

Sediul social / Adresa

fiscala.....

.....

.....

DECLARAȚIE DE PROGRAM

- model -

punct de lucru

.....

Subsemnatul (a),

B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere ca programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate..... se desfășoară astfel:

Locatia unde se desfasoara activitatea	Adresa	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sarbatore legale
Sediu social									
Punct de lucru*									
.....									

** se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent*

Data
.....
(stampila)

Reprezentant legal
(semnatura si

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Localitatea:.....

str. **nr.** **tel./fax**

NOTIFICARE

Către:

Furnizorul, cu sediul în, str. nr., bl., sc., et., ap., sector / județ, înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale / Registrul Comerțului sub nr., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare, tel./fax, cont nr. deschis lași sediul punctului secundar de lucru în, str. nr., bl., sc., et., ap., sector / județ, tel./fax, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal

Prin prezenta vă notificăm:

rezilierea

încetarea

suspendarea

contractului / convenției de furnizare de servicii medicale / medicamente / dispozitive cu nr. / începând cu data de, având în vedere: (descrierea pe scurt a situației de fapt) și în temeiul dispozițiilor art. nr. din Contractul - cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010, dispozițiilor art. nr. din Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr..... pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

Director executiv al
Direcției economice,

.....

Director executiv al
Direcției relații contractuale

.....

Vizat
Juridic, contencios

.....