

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE IN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA

CAPITOLUL I PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ

A. Servicii profilactice:

1. Urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorie a copilului prin examene de bilanț:

- a) la externarea din maternitate
- b) la 1 lună
- 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

2. Supravegherea etapizată pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 – 1 an pe probleme de puericultură (educația mamei pentru susținerea alimentației naturale și a trecerii la alimentația artificială, urmărirea curbei ponderale, diversificarea alimentației, stabilirea programului de vaccinare și instruirea mamei în vederea respectării acestui program).

3. Supravegherea gravidei, conform normelor metodologice emise de Ministerul Sănătății :

- a) luarea în evidență în primul trimestru;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 9-a;
- c) urmărirea leuzei la ieșirea din maternitate și la 4 săptămâni;
- d) consiliere pre și post testare pentru HIV a femeii gravide.

4. Control medical anual al copiilor de la 2 la 18 ani - examen de bilanț

5. Control medical anual al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate

Controlul medical cuprinde:

- consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic);
- recomandare pentru examene paraclinice în caz de necesitate sau suspiciune atunci când există argumente clinice (microradiografie pulmonară, RPR sau VDRL).

6. Servicii de planificare familială:

- consiliere de planificare familială;
- indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

7. Imunizări 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;
- 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) antitetanos la gravide pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;
- l) alte vaccinări în caz de necesitate, impuse de Ministerul Sănătății .

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

9. Controale periodice pentru afecțiunile care necesită dispensarizare conform normelor stabilite de Ministerul Sănătății.

10. Bolnav TBC nou, descoperit activ de medicul de familie, trimis și confirmat de specialist

B. Servicii medicale curative:

1. Consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic) în caz de boală sau accident. Se acordă, la solicitarea asiguratului, până la 2 consultații pe lună, cu excepția urgențelor și a controalelor anuale și periodice efectuate la solicitarea medicului de familie, care nu se includ în acest număr.

2. Manevre de mică chirurgie și tratament injectabil, după caz

3. Prescriere de tratament medical și igienico-dietetic.

Monitorizarea tratamentului și a evoluției stării de sănătate a bolnavilor cronici, conform planului de recuperare propus de medicul specialist și modificarea acestuia în funcție de evoluția parametrilor de monitorizare, cu consultarea medicului specialist atunci când este cazul.

4. Recomandare de investigații paraclinice pentru stabilirea diagnosticului, prin bilet de trimitere, ca o consecință a actului medical propriu

5. Eliberare de bilet de trimitere pentru cazurile care depășesc competența medicului de familie, cu scurt istoric medical al asiguratului, către alte specialități medicale, după caz, fie în sistem ambulatoriu (de preferință), fie la spital. La biletul de trimitere în vederea internării, medicul de familie va atașa rezultatele

investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere în vederea internării și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea.

Planificarea asigurațiilor pentru consultații de specialitate sau investigații medicale paraclinice la medicii de specialitate sau la furnizorii de investigații medicale paraclinice aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și cu care medicii de familie colaborează, se face numai în situația în care asigurații nu optează pentru un anumit furnizor.

6. Luarea în evidență a bolnavului TBC confirmat de medicul de specialitate, urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat, până la scoaterea din evidență. Pentru persoanele care refuză aplicarea tratamentului medicii de familie vor apela la sprijinul organelor de poliție și al autorităților publice locale.

7. Asistență medicală la domiciliu pentru:

a) copii în vârstă de până la 1 an aflați în tratament pentru afecțiuni acute grave ce nu permit deplasarea la cabinetul medical;

b) urgențe medico-chirurgicale, pentru situațiile care nu permit deplasarea la cabinetul medical;

c) asigurații de orice vârstă cu insuficiență motorie a trenului inferior din orice cauză, insuficiență cardiacă Clasa IV-NIHA, bolnavi în fază terminală, cu alte afecțiuni grave pentru care, la recomandarea printr-o scrisoare medicală a medicului de specialitate, nu este permisă deplasarea (repaus absolut) și care necesită monitorizare și tratament;

d) cunoașterea condițiilor de viață mai ales în familiile cu probleme de sănătate, pentru identificarea factorilor de risc.

C. Servicii medicale pentru situațiile de urgență:

a) constatarea situațiilor de urgență (anamneză, examen clinic);

b) asistență medicală în urgențe medico-chirurgicale, în limita competenței medicului de familie și a posibilităților tehnice medicale;

c) trimitere, pentru cazurile care depășesc competența medicului de familie, către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate sau pentru internare la spital, după caz.

Asigurații beneficiază de aceste servicii, indiferent de medicul de familie pe lista căruia sunt înscriși.

Serviciile medicale pentru situațiile de urgență se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit, iar în afara acestui program, în centre de permanență. În localitățile rurale în care nu sunt organizate centre de permanență serviciile de urgență se acordă de medicii de familie care locuiesc în localitățile respective și fac dovada în acest sens. În situația în care în localitatea rurală nu locuiește un medic de familie, serviciile medicale pentru situațiile de urgență se acordă în centre de permanență sau dacă nu sunt organizate prin intermediul serviciilor medicale specializate.

D. Activități de suport:

Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, certificat medical pentru îngrijirea copilului bolnav, conform prevederilor legale; adeverințe medicale pentru copii necesare înscrierii în colectivități; scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri; adeverințe medicale solicitate de personalul sanitar pentru exercitarea profesiei precum și de celălalt personal angajat în sistemul sanitar și al asigurărilor sociale de sănătate.

E. Activități cuprinse în baremul de activități practice conform curriculei de pregătire în specialitatea „medicină de familie” și în concordanță cu competențele obținute pentru activitatea ce face obiectul contractului de furnizare de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

CAPITOLUL II PACHET MINIMAL DE SERVICII MEDICALE

A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență:

- a) constatarea situațiilor de urgență;
- b) asistența medicală în urgențe medico-chirurgicale, în limita competenței și a posibilităților tehnice medicale;
- c) trimitere, pentru cazurile care depășesc competența medicului de familie, către medicul de specialitate sau pentru internare în spital, după caz.

Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa de urgență.

Serviciile medicale pentru situațiile de urgență se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit, iar în afara acestui program, în centre de permanență. În localitățile rurale în care nu sunt organizate centre de permanență serviciile de urgență se acordă de medicii de familie care locuiesc în localitățile respective și fac dovada în acest sens.

În situația în care în localitatea rurală nu locuiește un medic de familie, serviciile medicale pentru situațiile de urgență se acordă în centre de permanență sau dacă nu sunt organizate prin intermediul serviciilor medicale specializate.

Se raportează și se decontează o singură consultație pe persoană pentru fiecare situație de urgență.

B. Depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen obiectiv, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament). Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală infectocontagioasă suspicionată și confirmată.

CAPITOLUL III PACHETUL DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV

A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență:

- a) constatarea situațiilor de urgență;

b) asistența medicală în urgențe medico-chirurgicale, în limita competenței și a posibilităților tehnice medicale;

c) trimitere, pentru cazurile care depășesc competența medicului de familie, către medicul de specialitate sau pentru internare în spital, după caz.

Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa de urgență.

Serviciile medicale pentru situațiile de urgență se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit, iar în afara acestui program, în centre de permanență. În localitățile rurale în care nu sunt organizate centre de permanență serviciile de urgență se acordă de medicii de familie care locuiesc în localitățile respective și fac dovada în acest sens.

În situația în care în localitatea rurală nu locuiește nici un medic de familie, serviciile medicale pentru situațiile de urgență se acordă în centre de permanență sau, dacă acestea nu sunt organizate, prin intermediul serviciilor medicale specializate.

B. Depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen obiectiv, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament). Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală infectocontagioasă suspicioasă.

C. Supravegherea gravidei, conform normelor metodologice emise de Ministerul Sănătății:

- a) luarea în evidență în primul trimestru;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 9-a;
- c) urmărirea leuzei la ieșirea din maternitate și la 4 săptămâni.

D. Imunizări 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;
- 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) antitetanos la gravide pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;
- l) alte vaccinări în caz de necesitate, impuse de Ministerul Sănătății.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale precum și 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 asigurați, și plata prin tarif pe serviciu medical, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ.

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

a) numărul de puncte acordat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a asiguraților se stabilește astfel:

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

| Grupa de vârstă | Sub 1 an | 1 - 4 ani | 5 - 59 de ani | 60 de ani și peste |
|-----------------------------|----------|-----------|---------------|--------------------|
| Număr de puncte/persoană/an | 14,5 | 12 | 10 | 12,5 |

La stabilirea numărului de puncte în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a asiguraților înscriși în lista proprie a medicului de familie, pentru persoanele care nu au împlinit vârsta de pensionare și care au fost pensionate din motive de boală, în locul punctajului aferent grupei de vârstă în care acestea se încadrează se acordă 12,5 puncte/persoană/an;

2. în situația în care în lista medicului de familie sunt înscriși copii încredințați sau dați în plasament, potrivit legii, unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, numărul de puncte aferent acestora este:

- pentru grupa de vârstă sub 1 an - 18,5 puncte
- pentru grupa de vârstă 1 - 4 ani - 16 puncte
- pentru grupa de vârstă 5 - 18 ani - 13 puncte.

În situația în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituționalizate în centre de îngrijire și asistență care nu au medic încadrat, numărul de puncte aferent acestora este de 14,5 puncte pentru grupa de vârstă 60 de ani și peste.

În acest sens medicii de familie depun la casa de asigurări de sănătate, împreună cu lista de asigurați, actele doveditoare pentru pensionarii pe motiv de boală înscriși pe lista proprie și actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredințat sau dat în plasament și de persoană instituționalizată.

3. la calculul numărului lunar de puncte "per capita", conform [art.1](#) alin. (2), se iau în considerare asigurații înscriși în lista medicului de familie, existenți în ultima zi a lunii precedente.

Mișcarea asiguraților dintr-o grupă de vârstă în alta se face astfel: pentru asigurații din grupa de vârstă 0 - 1 an trecerea în grupa de vârstă următoare se face în luna următoare împlinirii vârstei de 1 an; pentru asigurații din grupele de vârstă 1 - 4 ani, 5 - 59 de ani, 60 și peste 60 de ani înscrierea în grupele de vârstă respective se face în funcție de vârsta împlinită la data de 1 ianuarie a anului respectiv.

4. în situația în care numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de asigurați de pe lista fiecărui medic de familie și structura acestora pe grupe de vârstă este mai mare de 23.000 de puncte/an și numărul de asigurați înscriși pe lista medicului de familie este mai mare de 2.000, punctele ce depășesc acest nivel se reduc cu 75%. Pentru cabinetele medicale individuale din mediul rural, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr.124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată cu modificările ulterioare, care au un medic angajat cu contract individual de muncă, reducerea numărului total de puncte este de 75% pentru punctele ce depășesc 35.000 de puncte pe an.

b) medicii nou-veniți într-o localitate în condițiile prevederilor art.24 din contractul-cadru beneficiază, în primele 3 luni de la încheierea contractului, de 80% din numărul total de puncte rezultat potrivit lit.a), timp în care asigurații își vor exprima opțiunea fie pentru medicul de familie respectiv, fie pentru un alt medic de familie. La sfârșitul celor 3 luni, se aplică prevederile art.10 din contractul-cadru privind numărul minim de asigurați înscriși pe listele medicilor de familie.

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

1. în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală primară, la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător, se stabilește anual de către direcțiile de sănătate publică împreună cu casele de asigurări de sănătate;

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

se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10% .

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.

În situația în care titularul unui cabinet medical din mediul rural angajează un medic - situație în care se aplică prevederile art.1 alin.(2) lit.a) pct.4, - corecția în raport cu gradul profesional al medicului titular se aplică la un număr de puncte de până la 23.000 inclusiv, iar în raport cu gradul profesional al medicului angajat, pentru punctele ce depășesc acest nivel;

d) serviciile cuprinse la cap.I lit.A pct.2, 3 lit.d), 6, 8 și 9, lit. B pct. 1, 2, 3, 4 , 5 și 7, lit.C, D și E din Anexa nr.1 sunt plătite "per capita".

(3) Suma convenită pentru serviciile medicale cuprinse 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, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical, 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 este:

| Denumirea serviciilor | Nr.puncte pe serviciu/caz | Periodicitatea acordării serviciului medical /asigurat |
|--|---------------------------|--|
| 1) Examen de bilanț copii: | | |
| - a) la externarea din maternitate | 12 | |
| - b) la 1 lună | 12 | |
| - c) la 2 luni | 8 | |
| - d) la 4 luni | 8 | |
| - e) la 6 luni | 8 | |
| - f) la 9 luni | 8 | |
| - g) la 12 luni | 8 | |
| - h) la 15 luni | 6 | |
| - i) la 18 luni | 6 | |
| 2) Control medical al asiguraților în vârstă de peste 2 ani | 3 | Anual |
| 3) Supravegherea gravidei, conform Cap.I lit.A pct.3 lit.a) – b), Cap.III lit.C, lit.a) și b): | | |
| a) luarea în evidență în primul trimestru | 10 | |
| b) din luna a 3-a până în luna a 9-a | 8 | Lunar |

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| 4) Urmărirea lehuzei la ieșirea din maternitate și la 4 săptămâni, conform Cap.I lit.A pct.3 lit.c) și Cap.III lit.C lit.c) | 8 | |
| 5) imunizari conform Cap.I, lit.A, pct.7 și Cap.III lit.D din Anexa nr.1 * | 4/inoculare sau doza orala | |
| 6) luarea în evidență a bolnavului TBC confirmat de medicul de specialitate, urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat, până la scoaterea din evidență. | 40/luna | |
| 7) serviciile prevăzute: a) la Cap.II, lit.A și Cap.III lit.A din anexa nr.1 b) la Cap.II lit.B și Cap.III lit.B din anexa nr.1 | 6/solicitare 10/caz confirmat | |
| 8) servicii medicale acordate de medicul de familie care locuiește în localitățile rurale în care nu sunt organizate centre de permanență (în afara orelor de program): a) între orele 20,00 - 8,00 b) până la orele 20,00 | 20/solicitare 15/solicitare | |
| 9) Servicii medicale acordate în cadrul centrelor de permanență | 10 /ora sau 12/oră** | |
| 10) bolnav TBC nou, descoperit activ de medicul de familie, trimis și confirmat de specialist | 20/caz | |

*) Pentru imunizările efectuate în colectivități școlare, acolo unde nu există medic școlar, acestea se efectuează de către medicii de familie desemnați de direcțiile de sănătate publică și casele de asigurări de sănătate la începutul anului calendaristic. În acest caz se acordă medicului de familie 4 puncte pe inoculare sau doză orală.

Pentru medicii de familie care vaccinează, pentru fiecare tip de vaccin, peste 95% din totalul persoanelor eligibile catagrafiate, decontarea imunizărilor realizate peste acest nivel se face la punctaj dublu. La stabilirea procentului de persoane vaccinate se iau în considerare și cele vaccinate în cadrul unităților școlare.

În cazul în care forma de prezentare a vaccinurilor include mai multe tipuri de vaccin nominalizate mai sus și care necesită o singură inoculare, acestea se raportează o singură dată (inocularea respectivă) cu o nota explicativă care să cuprindă tipurile de vaccin administrate în inocularea respectivă.

***) Se decontează 10 puncte/oră pentru acordarea unui număr de până la 5 solicitări în cadrul unui program de 8 ore; se decontează 12 puncte/oră pentru acordarea unui număr de peste 5 solicitări în cadrul unui program de 8 ore.

b) la calculul numărului lunar de puncte pe serviciu, conform alin.(3), se iau în considerare numărul de puncte aferente serviciilor medicale acordate asiguraților înscriși în lista medicului de familie, existenți în luna curentă și numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate persoanelor care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale precum și în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ.

c) neefectuarea controlului medical anual al asiguraților în vârstă de peste 18 ani din cauza medicului de familie în proporție de peste 20% din total programărilor și/sau reprogramărilor pe trimestru, atrage diminuarea cu 10% a venitului pe serviciu al medicului de familie pentru trimestrul respectiv.

Pentru medicii de familie cu liste de asigurați mai mici de 1.000, programarea și/sau reprogramarea acestora pe trimestru se efectuează pentru toți asigurații înscriși pe listă. Pentru medicii de familie cu liste de asigurați mai mari de 1.000, programarea și/sau reprogramarea pe trimestru are în vedere efectuarea de către medicul de familie a unui număr minim de 4 examene de bilanț pe zi. Nerespectarea acestor prevederi conduce la aplicarea reglementărilor de mai sus privind diminuarea veniturilor medicilor.

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

a) medicamentele prescrise trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul stabilit. Pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală, prescripția medicală se completează în 3 exemplare, dintre care 1 exemplar rămâne în carnet la medicul de familie și celelalte 2 se înmânează asiguratului în vederea prezentării acestuia la o farmacie aflată în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru eliberarea medicamentelor prescrise;

b) investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul prezumptiv, care se consemnează în biletul de trimitere. Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice este cel prevăzut în anexa nr.12 și se întocmește în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de familie și două sunt înmânate asiguratului, pe care le depune la furnizorul de servicii medicale paraclinice;

c) în cazul depistării unor boli cu potențial endemo-epidemic trebuie să se ia măsuri de izolare și/sau raportare a cazurilor și să se acorde serviciile medicale necesare pentru preîntâmpinarea sau restrângerea unor endemii/epidemii, inclusiv supravegherea trimiterii la spital pentru bolile contagioase cu internare obligatorie. Pentru cazul în care se refuză internarea obligatorie, 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 de casele 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 județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, cu înștiințarea 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 județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, pun la dispoziție medicilor de familie listele cu medicii cu licența de înlocuire, fără obligații contractuale, cum este și cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condițiile legii.

(2) Perioadele de absență a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lehuzie, 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, 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.

(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 își va prelunge programul de lucru în mod corespunzător, în funcție de numărul de servicii medicale solicitate de asigurații din lista proprie și cei din lista medicului înlocuit. Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigurări de sănătate un exemplar al convenției de reciprocitate și va afișa la cabinetul medical programul medicului înlocuitor. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă de maximum 60 de zile calendaristice pe an.

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

(5) 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.

ART.5(1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual organizat conform [Ordonanței Guvernului nr.124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale republicată cu modificările ulterioare, medici pe bază de contract individual de muncă, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare. Medicii angajați nu au listă de asigurați proprie și nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală 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.

(2) Programul de activitate al medicului de familie care angajează medici, precum și al medicilor angajați în condițiile alin.(1) se stabilește conform prevederilor [art.18](#) din contractul-cadru.

ART.6 (1) Medicii de familie nou veniți într-o localitate, în cabinete medicale existente sau nou-înființate, pe un post considerat a fi necesar de către direcția de sănătate publică și casa de asigurări de sănătate, încheie cu casa de asigurări de sănătate o convenție de furnizare de servicii medicale pe o perioadă de 3 luni - perioadă considerată necesară pentru înscrierea asiguraților 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 numărul de asigurați 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 un astfel de contract 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 asigurați, relația contractuală cu casa de asigurări de sănătate încetează.

(4) Medicul de familie nou venit într-o localitate într-un cabinet medical deja existent, conform art.24 din contractul-cadru, 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 are următoarea structură:

1. 75% pentru plata "per capita" și 25% pentru plata pe serviciu din fondul aferent asistenței medicale primare, după ce s-au reținut sumele ce rezultă potrivit pct. 2 și sumele reprezentând indemnizațiile de instalare;

2. suma destinată cabinetelor medicale nou-înființate sau deja existente, 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 formată din:

a) venitul medicului de familie nou-venit, stabilit potrivit prevederilor **contractului-cadru**;

b) suma pentru cheltuielile de întreținere 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 10.690 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. Valoarea definitivă a unui punct "per capita" nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct "per capita".

(3) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu este unică pe țară, este valabilă pentru un an și este în valoare de 6.130 lei.

(4) Valoarea unui punct pentru plata pe serviciu medical 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 a medicilor de familie și de numărul de puncte pe serviciu medical efectiv realizate cu respectarea condițiilor prevăzute la art.1 alin.(3) și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

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

(5) Casele de asigurări de sănătate au obligația de a verifica lunar situațiile în care cabinetele medicale au raportat un număr de puncte „per capita” și pe serviciu mai mare decât cel avut în vedere la stabilirea valorii minime garantate a unui punct „per

capita" și pe serviciu transmis de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, identificând cauzele care au determinat aceste situații și vor lua măsurile corespunzătoare.

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 efectiv realizate cu valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(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 efectiv realizate în trimestrul respectiv cu valoarea definitivă a punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical.

ART.11 Lunar medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

ART.12 Asigurații 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 15 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.

ART.14 Persoanele din cabinetul medical beneficiază de plata concediilor medicale și de plata concediilor pentru creșterea copilului în vârstă de până la 2 ani, conform reglementărilor în vigoare din legislația de asigurări sociale. Persoanele încadrate cu contract individual de muncă beneficiază și de plata concediilor de odihnă și a altor concedii ale salariaților, potrivit legii.

ART.15 Reprezentantul legal al cabinetului medical are obligația de a angaja personal mediu sanitar și poate angaja și alte categorii de personal, în condițiile prevederilor [Ordonanței Guvernului nr.124/1998](#) republicată cu modificările ulterioare, achitând lunar toate contribuțiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. Drepturile salariale ale personalului angajat se stabilesc prin negociere respectând prevederile Contractului colectiv de muncă la nivel de ramură sanitară și asistență socială și în limita venitului realizat de medicul de familie. Medicul de familie are obligația să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru aceste categorii de personal, atât la cabinetul medical, cât și la domiciliul asiguraților. De asemenea medicul de familie va coordona și activitatea asistenților comunitari a căror plată se face de la bugetul statului.

ART.16 În cadrul programului de lucru stabilit de medicul de familie personalul mediu sanitar acordă asistență medicală la domiciliu cu respectarea prevederilor de la cap.I lit.B, pct.7 din anexa nr.1 la ordin, conform unui plan elaborat de medicul de familie direct sau la recomandarea medicului de specialitate care are asiguratul în îngrijire.

ART.17 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 familie pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din 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 aceste prilej.

ART.18 În aplicarea [art.25 \(2\)](#) din contractul-cadru, prin nerespectarea programului de lucru stabilit, se înțelege absența nemotivată de la programul de lucru afișat pentru activitatea desfășurată în cabinetul medical.

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.

ART.19 (1) În cazul în care se reziliază contractul de furnizare de servicii medicale cu cabinete medicale în condițiile prevăzute de [contractul-cadru](#), toate documentele

referitoare la persoanele asigurate (registrul de consultații, fișele medicale etc.) se preiau, pe bază de proces-verbal, de către casa de asigurări de sănătate cu care acele cabinete au avut încheiat contract de furnizare de servicii medicale, cu obligația de a asigura confidențialitatea documentelor transmise. Casele de asigurări de sănătate au obligația să anunțe toți furnizorii cu care se află în relații contractuale despre încetarea activității medicului de familie respectiv, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate.

(2) Casele de asigurări de sănătate au obligația să transmită fișele medicale ale asiguraților medicului de familie pe lista căruia asigurații respectivi s-au înscris.

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,
reprezentata 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 civila medicala, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentata prin administratorul
- unitate medico-sanitara cu personalitate juridica, înființata potrivit Legii nr.31/1990 privind societățile comerciale, republicată cu modificările ulterioare, reprezentata prin.....,
- cabinet care funcționează în structura sau 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 nr....., autorizație sanitara pentru cabinet nr., autorizație sanitara pentru punctul secundar de lucru nr., având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, și sediul punctului secundar de lucru în comuna, str. nr., telefon, cont nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr..... deschis la Banca, cod numeric personal al reprezentantului legal..... sau cod fiscal, copie după dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru fiecare medic pe care îl reprezintă, certificatul de acreditare al unității sanitare nr.....

II. Obiectul contractului

ART.1 - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistenta medicala primara, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003, și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

ART.2 - Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul 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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

ART.3 - Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru asigurații înscriși pe lista proprie, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale și pentru persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, de către următorii medici de familie:

1., având un număr de asigurați înscriși pe lista proprie;
 2., având un număr de asigurați înscriși pe lista proprie;
 3., având un număr de asigurați înscriși pe lista proprie.
-

IV. Durata contractului

ART.4 - Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2004.

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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485 /2003.

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 acreditați;
- b) să controleze serviciile medicale acordate asiguraților de către furnizorii de servicii medicale în cadrul activității desfășurate în asistența medicală primară, conform contractelor încheiate cu aceștia;
- c) să verifice modul în care se prescriu medicamentele și modul în care se recomandă investigațiile paraclinice de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, în conformitate cu reglementările în vigoare;

d) să deconteze serviciile de asistență medicală primară, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor contractate și prestate, pe baza facturii însoțită de desfășurătoarele privind serviciile acordate, prezentate atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

e) să comunice medicilor de familie, în vederea actualizării listelor proprii, persoanele care și-au pierdut calitatea de asigurat sau pentru care nu s-a virat integral contribuția de asigurări pentru sănătate; să nu solicite medicilor de familie documentele în baza cărora se stabilește calitatea de asigurat a persoanelor sau plata contribuției de asigurări pentru sănătate a asiguraților înscriși în lista proprie;

f) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară asupra condițiilor de contractare și să facă publice valorile definitive ale punctelor rezultate în urma regularizării trimestriale, atât prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART.7 - Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

(1) să acorde servicii de asistență medicală primară asiguraților înscriși în lista proprie, respectând criteriile de calitate elaborate de organele abilitate prevăzute de lege.

(2) să asigure în cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de bază toate activitățile care sunt cuprinse în baremul de activități practice obligatorii din curricula de pregătire în specialitatea medicină de familie și în concordanță cu competențele obținute pentru situațiile prevăzute în norme. De asemenea, au obligația de a interpreta investigațiile necesare în afecțiunile prevăzute în tematica pe aparate și sisteme;

(3) să actualizeze lista proprie cuprinzând asigurații înscriși, ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară a asiguraților și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate cu privire la asigurații care nu mai fac dovada calității de asigurat și plata contribuției la fondul național unic de asigurări sociale pentru sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate, datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale;

(4) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman, conform reglementărilor în vigoare. Medicamentele prescrise și investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul;

(5) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medicală, ori de câte ori se solicită aceste servicii medicale;

(6) 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, dacă părinții acestuia nu au altă opțiune exprimată în scris, imediat după nașterea copilului;

(7) să înscrie pe lista proprie gravidele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora sau la solicitarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară;

(8) să nu refuze înscrierea pe lista de asigurați a copiilor, la solicitarea părinților, aparținătorilor legali sau la anunțarea de către casa de asigurări de sănătate cu care are încheiat contract de furnizare de servicii ori de primărie, precum și la solicitarea sistemului de asistență medicală comunitară sau a direcțiilor de protecție a copilului, pentru copiii aflați în dificultate din centrele de plasament sau familii substitutive;

(9) să informeze asigurații despre serviciile oferite și despre modul în care sunt furnizate;

(10) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora;

(11) să factureze lunar, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale acordate. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele privind activitățile realizate, atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru poate conduce la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

(12) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală primară, potrivit formularelor de raportare stabilite prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și care se pun la dispoziție în mod gratuit;

(13) să respecte prevederile actelor normative privind raportarea bolilor și efectuarea vaccinărilor;

(14) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 3 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 de pe listă a asiguratului;

(15) să solicite asiguraților, la înscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atestă calitatea acestora de asigurat;

(16) să își stabilească programul de activitate în funcție de condițiile specifice din zonă, cu respectarea prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia;

(17) să participe la activitatea de asigurare a asistenței medicale continue în centrele de permanență, acolo unde sunt organizate;

(18) să pună la dispoziția asiguraților la nivelul cabinetului medical pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru

persoanele asigurate facultativ precum și obligațiile furnizorului de servicii medicale primare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

(19) să îndrume asiguratul către spital cu bilet de trimitere în vederea internării atunci când este cazul și să atașeze la acest bilet rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau a confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea;

(20) să opereze la zi în formularele din sistemul informațional al Ministerului Sănătății - fișe, certificate medicale, registre, etc. - datele corespunzătoare activității desfășurate;

(21) să colaboreze cu asistenții medicali comunitari în desfășurarea activității acestora;

(22) să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare;

(23) să anunțe casele de asigurări de sănătate atunci când:

a) i-a fost ridicată autorizația sanitară sau a expirat termenul de valabilitate a acesteia;

b) i-a încetat acreditarea;

c) a renunțat sau a pierdut calitatea de membru a Colegiului Medicilor din România;

(24) să anunțe în scris în momentul înscrierii pe lista proprie a unui asigurat plecat de la un alt medic de familie, atât medicul de familie de la care a plecat asiguratul cât și casa de asigurări de sănătate, în maximum 15 zile; medicul de familie de la care a plecat asiguratul transferă fișa medicală a asiguratului, în maximum 15 zile lucrătoare de la solicitare prin serviciul poștal și păstrează minimum 1 an o copie de pe fișă medicală a acestuia;

(25) să angajeze asistenți medicali în vederea asigurării calității actului medical;

(26) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

(27) să organizeze preluarea activității medicale de către un alt medic de familie pentru perioadele de absență.

VI. Modalități de plata

ART.8 - Modalitățile de plata în asistenta medicala primara sunt:

1. Plata "per capita" - prin tarif pe persoana asigurata;

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 asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

1.2. Medic nou venit în localitate, în condițiile prevederilor art.24 din Contractului-cadru privind condițiile acordării asistentei medicale în cadrul

sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003:

DA / NU.....

Perioada de plată în condițiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) 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 asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003: de la până la

1.3. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata "per capita" este unică pe țară, valabilă pentru un an, de lei.

1.4. Numărul total de puncte calculat conform art.1 alin.(2) lit.a) sau lit.b), 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 asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003, se ajustează în raport:

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

b) cu gradul profesional:

1) – medic primar%

- medic care nu a promovat un examen de specialitate%

2) pentru cabinetele medicale din mediul rural care au medic de familie angajat:

a) medic de familie titular, pentru numărul de puncte până la 23.000 inclusiv puncte/an:

- primar%

- fără grad profesional%

b) medic de familie angajat, pentru numărul de puncte ce depășește 23.000 puncte/an:

- primar%

- fără grad profesional%

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, pentru serviciile pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical.

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunțate la pct. 2) se face conform art.1 alin.(3) din anexa nr.2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu este unică pe țară, valabilă pentru un an, de lei.

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

a) Medic de familie
Nume Prenume
Cod numeric personal
Grad profesional
Codul medicului
Program de lucru

Medic de familie angajat(*
Nume Prenume
Cod numeric personal
Grad profesional.....
Codul 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 medicului
Program de lucru

Medic de familie angajat(*
Nume Prenume
Cod numeric personal
Grad profesional
Codul 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 sa 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 primare și casele de asigurări de sănătate, la valoarea minimă garantată a punctului "per capita" și a punctului pe serviciu medical, 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. Valoarea definitivă a punctului "per capita" și a punctului pe serviciu medical poate suferi influențe, după caz, și în condițiile aplicării art. 37 din Legea nr. 507/2003 a bugetului de stat pe anul 2004.

(3) Valoarea definitivă a punctului „per capita” se diminuează în trimestrul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate pentru fiecare situație, după cum urmează:

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

(4) Venitul pe serviciu medical al medicului de familie se diminuează cu 10% pentru trimestrul în care s-a constatat neefectuarea controlului medical anual al asiguraților de peste 18 ani în proporție de peste 20% din totalul programărilor și/sau al reprogramărilor pe trimestrul respectiv.

VII. Calitatea serviciilor

ART.10 - Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate elaborate de organele abilitate de lege.

VIII. Răspunderea contractuală

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

ART.12 - În cazul în care termenele de plată prevăzute la art.9 nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

VIII. Clauza specială

ART.13 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 de la data apariției respectivului caz de forță majoră și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Daca nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majora, partea care îl invoca suporta toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

IX. Contravenții

ART.14 - Refuzul furnizorilor de servicii medicale de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidenta a serviciilor furnizate si documentele în baza cărora se decontează serviciile realizate conduce la amânarea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale prestate până la data îndeplinirii acestei obligații.

X. Încetarea contractului

ART.15 - Contractul se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisa a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

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

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

c) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului, expirarea termenului de valabilitate a acesteia sau încetarea acreditării furnizorului;

d) nerespectarea termenelor de raportare, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, a activității realizate conform prezentului contract, pe baza documentelor de raportare, pentru o perioada de maximum doua luni consecutive în cadrul unui trimestru;

e) în cazul în care numărul de asigurați din lista proprie a unui medic de familie scade sub numărul minim stabilit conform art.10 alin.(4) din Contractului-cadru privind condițiile acordării asistentei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003;

f) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurii de diminuare a valorii definitive a punctului „per capita” pentru nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice.

ART.16 - Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) se muta cabinetul medical din teritoriul de funcționare;

b) a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;

c) medicul renunța sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

d) încetare prin faliment, dizolvare, lichidare, în cazul cabinetelor medicale organizate potrivit art.15 din Ordonanța Guvernului nr.124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată cu modificările ulterioare;

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

f) acordul de voință al părților;

g) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al cabinetului medical 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.

ART.17 - Situațiile prevăzute la art.15 și la art.16 lit.b) - e) se constata 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.16 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.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 3 zile din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART.19 – În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intra în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART.20 - Valorile definitive ale punctului "per capita" și pe serviciu sunt cele calculate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu sunt elemente de negociere între părți.

ART.21 (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 putință spiritului contractului.

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

ART. 22- Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de

modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înainte de la care se dorește modificarea.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART.23 - (1) Litigiile născute în legătura cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin.(1) sunt de competența Comisiei centrale de arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii.

ART.24 - Hotărârile Comisiei centrale de arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

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 ASIGURARI DE SANATATE

Președinte - Director general,
Director adjunct economic,
Director adjunct relații contractuale,

FURNIZOR DE SERVICII
MEDICALE

Reprezentant legal,

Vizat
Oficiul juridic,

Vizat
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

(anexa 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., etaj, ap., județ/sector
....., telefon/fax, cu contract de furnizare de
servicii medicale în asistența medicală primară nr. încheiat cu Casa
de asigurări de sănătate, cont nr., deschis
la trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca.....,
cod fiscalsau codul numeric personal al reprezentantului
legal.....

Medicul înlocuit:
(numele și prenumele)

și

Dr.,
(numele și prenumele)
cu licența de înlocuire 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 absentei

1. incapacitate temporară de munca 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 ocupa funcții de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an

IV. Locul de desfășurare a activității

Serviciile medicale se acorda 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.

VI. Modalitatea de plata a medicului de familie înlocuitor

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

2. Termenul de plata

3. Documentul de plata

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

Reprezentantul legal al
cabinetului medical,

Medicul înlocuitor,

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

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

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

I. Părțile convenției de înlocuire:

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentata prin președinte - director general

pentru

Medicul înlocuit:
(numele și prenumele)

și

Dr., cu licența de
(numele și prenumele)

înlocuire ca medic de familie nr.,

din cabinetul medical cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., etaj ..., ap., județul/sectorul, telefon/fax, cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate, cont nr., deschis la trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca, cod fiscal al cărui reprezentant legal este:având codul numeric
(numele și prenumele)

personal 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 absentei:

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

IV. Locul de desfășurare a activității

Serviciile medicale se acorda 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.

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.

VI. Modalitatea de plata a medicului de familie înlocuitor

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

2. Termenul de plata

3. Documentul de plata

VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiata 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 ASIGURARI DE SANATATE

Medicul înlocuitor,

Președinte - Director general,

Director adjunct economic,

Director adjunct relații contractuale,

De acord,

Reprezentant legal al cabinetului medical **

Vizat

Oficiul juridic

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

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

CONVENȚIE DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul,
str. nr., județul/sectorul, tel/fax,
reprezentata prin președinte - director general,

și

Unitatea sanitară de asistentă medicală primară, cu sau fără punct
de lucru secundar, reprezentat prin cu certificatul de
înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr.sau actul de
înființare nr....., autorizație sanitară pentru cabinet nr., autorizație
sanitară 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
....., cont nr. deschis la trezoreria statului sau cont
nr..... deschis la Banca, cod numeric personal al
reprezentantului legal.....sau codul fiscal, copie după dovada
asigurării de răspundere civilă pentru activitatea medicală pentru fiecare medic pe
care îl reprezintă, certificatul de acreditare al unității sanitare nr.....

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, aprobat prin
Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

ART.2 - Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse
în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul
de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ 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 asigurărilor
sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

IV. Durata convenției

ART.3 - Prezenta convenție este valabilă o perioadă de 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 acreditați;
- b) să controleze serviciile medicale acordate asiguraților de către furnizorii de servicii medicale în cadrul activității desfășurate în asistența medicală primară, conform contractelor încheiate cu aceștia;
- c) să verifice modul în care se prescriu medicamentele și modul în care se recomandă investigațiile paraclinice de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, în conformitate cu reglementările în vigoare;
- d) să plătească venitul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate, într-un cabinet medical nou-înființat sau deja existent;
- e) să informeze furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară asupra condițiilor de încheiere a convențiilor.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART.5 - Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

- a) să acorde servicii de asistență medicală primară asiguraților înscriși în lista proprie, respectând criteriile de calitate elaborate de organele abilitate prevăzute de lege.
- b) să asigure în cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de bază toate activitățile care sunt cuprinse în baremul de activități practice obligatorii din curricula de pregătire în specialitatea de medicină de familie și în concordanță cu competențele obținute pentru situațiile prevăzute în normele metodologice. De asemenea, are obligația de a interpreta investigațiile necesare în afecțiunile prevăzute în tematica pe aparate și sisteme;
- c) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare. Medicamentele prescrise și investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul;
- d) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medicală, ori de câte ori se solicită aceste servicii medicale;
- e) 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, dacă părinții acestuia nu au altă opțiune.
- f) să înscrie pe lista proprie gravidele neînscrise pe lista unui medic de familie, care îndeplinesc condițiile de persoană asigurată, la prima consultație, în localitatea de domiciliu sau după caz, de reședință a acestora sau la solicitarea sistemului de asistență medicală comunitară;
- g) să nu refuze înscrierea pe lista de asigurați a copiilor, la solicitarea părinților, aparținătorilor legali sau la anunțarea de către casa de asigurări de sănătate cu care are încheiat contract de furnizare de servicii ori de primărie, precum și la solicitarea sistemului de asistență medicală comunitară sau a direcțiilor de protecție a

copilului, pentru copiii aflați în dificultate din centrele de plasament sau familii substitutive;

h) să informeze asigurații despre serviciile oferite și despre modul în care sunt furnizate;

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

j) să respecte prevederile actelor normative privind raportarea bolilor și efectuarea vaccinărilor;

k) să solicite asiguraților, la înscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atestă calitatea acestora de asigurat;

l) să își stabilească programul de activitate în funcție de condițiile specifice din zonă, cu respectarea prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 și a normelor metodologice de aplicare a acestuia;

m) să pună la dispoziția asiguraților la nivelul cabinetului medical pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale, pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ și obligațiile sale ca furnizor de servicii medicale primare aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

n) să anunțe casele de asigurări de sănătate atunci când:

- i-a fost ridicată autorizația sanitară sau a expirat termenul de valabilitate a acesteia;

- i-a încetat acreditarea;

- a renunțat sau a pierdut calitatea de membru a Colegiului Medicilor din România.

o) să anunțe în scris în momentul înscrierii pe lista proprie a unui asigurat plecat de la un alt medic de familie, atât medicul de familie de la care a plecat asiguratul cât și casa de asigurări de sănătate, în maximum 15 zile; Medicul de familie de la care a plecat asiguratul transfera fișa medicală a asiguratului, în maximum 15 zile lucrătoare de la solicitare prin serviciul poștal și păstrează minimum 1 an o copie după fișa medicală a acestuia.

p) să organizeze preluarea activității medicale de către un alt medic de familie pentru perioadele de absență;

r) să îndrume asiguratul către spital cu bilet de trimitere în vederea internării atunci când este cazul și să atașeze la acest bilet rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau a confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea;

s) să opereze la zi în formularele din sistemul informațional al Ministerului Sănătății - fișe, certificate medicale, registre, etc. - datele corespunzătoare activității desfășurate;

t) să colaboreze cu asistenții medicali comunitari în desfășurarea activității acestora;

u) să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare;

VI. Modalități de plata

ART.6 - Modalitățile de plata în asistenta medicala primara pentru medicii nou veniți sunt:

Pentru medicii nou-veniți într-o localitate, într-un cabinet nou înființat sau deja existent se asigura:

- a) un venit lunar echivalent cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut de medic, la care se aplică sporurile prevăzute în condițiile stabilite în norme;
- b) o sumă necesară pentru cheltuieli de administrare și funcționare a cabinetului medical, stabilite potrivit normelor.
- c) o indemnizație de instalare egală cu două salarii de bază la nivelul maxim prevăzut de lege pentru funcția de medic specialist în sistemul sanitar bugetar, acordată la cerere conform condițiilor prevăzute în norme.
- d) spor pentru condițiile în care își desfășoară activitatea.

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 medicului
Program de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou venit.....lei

Sporul în 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

Indemnizația de instalare pentru medicul de familie nou-venitlei.

Venitul lunar total aferent medicului de familie nou venit.....lei,
plătit la data de

b) Medic de familie nou venit
Nume Prenume
Cod numeric personal
Grad profesional
Codul medicului
Program de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou venit.....lei

Sporul în 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.

Indemnizația de instalare pentru medicul de familie nou-venitlei.

Venitul lunar total aferent medicului de familie nou venit.....lei,
plătit la data de

c)
.....

VII. Calitatea serviciilor

ART.7 - Serviciile medicale furnizate în baza prezentei convenții trebuie să respecte criteriile de calitate elaborate de organele abilitate de lege.

VIII. Răspunderea contractuală

ART.8 - Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpa datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauza specială

ART.9 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 de la data apariției respectivului caz de forță majoră 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. Contravenții

ART.10 - Refuzul furnizorilor de servicii medicale de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele în baza cărora se decontează serviciile realizate conduce la amânarea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale prestate, până la data îndeplinirii acestei obligații.

XI. Încetarea convenției

ART.11 - Convenția se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

- a) dacă medicul 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) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului, expirarea termenului de valabilitate a acesteia sau încetarea acreditării furnizorului;

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

- a) se muta cabinetul medical din teritoriul de funcționare;
- b) a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;
- c) medicul renunța sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;
- d) încetare prin faliment, dizolvare, lichidare, în cazul cabinetelor medicale organizate potrivit art.15 din Ordonanța Guvernului nr.124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată cu modificările ulterioare;
- e) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- f) acordul de voință al părților;
- g) denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al cabinetului medical 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.

ART.13 - Situațiile prevăzute la art.11 și la art.12 lit.b) - e) 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.

XII. Corespondența

ART.14 - 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 3 zile din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XIII. Modificarea convenției

ART.15 - În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intra în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART.16 - Daca o clauza a acestei convenții ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale convenției nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Părțile convin ca orice clauza declarata nula sa fie înlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cât mai bine cu putința spiritului convenției.

Daca expira termenul de valabilitate a autorizației sanitare pe durata prezentei convenții, toate celelalte prevederi ale convenției nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare pe toata durata de valabilitate a convenției.

XIV. Soluționarea litigiilor

ART.17 - (1) Litigiile născute în legătura cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezenta convenție vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin.(1) sunt de competența Comisiei centrale de arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii.

ART.18 - Hotărârile Comisiei centrale de arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XV. Alte clauze

.....

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

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE

FURNIZOR DE SERVICII
MEDICALE

Președinte - Director general,

Reprezentant legal,

Director adjunct economic,

Director adjunct relații contractuale,

Vizat
Oficiul juridic

LISTA
criteriilor de calitate pentru activitatea desfășurată la nivelul cabinetelor de medicină
primară

1. Semnalizarea cabinetului în zonă – firma
2. Autorizația sanitară de funcționare a cabinetului și a punctelor de lucru
3. Accreditarea unității sanitare care oferă servicii medicale
4. Programul de activitate afișat vizibil pentru toate categoriile de personal acreditate ce își desfășoară activitatea în cabinet și respectarea acestuia. Pe perioada de absență a medicului titular, să fie afișat numele și programul medicului înlocuitor.
5. Cabinetul medical va pune la dispoziția asiguraților, pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii medicale pentru persoanele asigurate facultativ
6. Drepturile și obligațiile asiguraților afișate la loc vizibil.
7. Sala de așteptare dotată corespunzător: ambient adecvat, scaune/canapea, masă, materiale informative
8. Dotarea cabinetului cu aparatură și mobilier, cel puțin în conformitate cu ordinul ministrului sănătății în vigoare.
9. Dotarea aparatului de urgență (medicație) cel puțin în conformitate cu baremurile în vigoare și în termen de valabilitate.
10. Obligatorietatea prezenței la cabinet a actelor care notifică activitatea medicală:
 - evidența asiguraților: lista de capitație actualizată;
 - registre: de consultații, vaccinări, gravide, dispensarizați, tratamente, deplasări la domiciliu;
 - fișe de consultații și anexe: bilete de externare, scrisori medicale, plan de recuperare, fișa gravidei, fișa de examen de bilanț;
 - caiet de evidență stupefiante, rețete cu timbru sec
11. Medicul în timpul programului:
 - comportament și ținută în conformitate cu normele Codului de etică și deontologie medicală;

- consultă pacientul, stabilește conduita: trimitere la investigații paraclinice, trimiteri la medicul de specialitate pentru diagnostic și tratament, tratament inclusiv la domiciliu;

- consemnează diagnosticul, tratamentul, recomandările în registrele de evidență primară și în fișa de consultație;

- eliberează rețete parafate și semnate;

- eliberează bilete de trimitere, concedii medicale, alte categorii de acte medicale, parafate și semnate;

- respectă confidențialitatea actelor medicale.

12. Cadrul mediu sanitar în timpul programului:

- comportament și ținută în conformitate cu normele Codului de etică și deontologie medicală;

- respectă confidențialitatea actelor medicale;

- îndeplinește atribuțiile menționate în fișa postului și considerate sarcini.

Notă:

Criteriile de calitate pentru actul medical vor fi stabilite de comisiile de specialitate ale Colegiul Medicilor din România și vor fi negociate cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Controlul respectării criteriilor de calitate a serviciilor medicale va fi coordonat de Serviciul medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate împreună cu comisiile de specialitate ale Colegiul Medicilor din România și ale Ordinul Asistenților Medicali din România.

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE, PARACLINICE ȘI STOMATOLOGICE

CAPITOLUL I PACHETUL DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

1. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ

A. 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 pentru care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie, cu excepția urgențelor și a consultațiilor de control pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr.10 la ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate. 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 de la medicul de familie.

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, altele decât cele prevăzute la lit. B;
- 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, din care, prima consultație este inițială și următoarele sunt consultații de control pentru stabilirea diagnosticului și tratamentului dacă medicul de specialitate consideră la prima consultație că sunt necesare investigații suplimentare pentru confirmarea diagnosticului de presumție, cu al căror rezultat pacientul se prezintă în alte zile; casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a două consultații pentru cazurile cu diagnostic confirmat pentru care nu s-a stabilit schema terapeutică, care sunt considerate consultații de control.

Consultația de control se acordă:

- pentru efectuarea unor manevre terapeutice sau aplicarea unor tratamente stabilite de medic cu ocazia consultațiilor acordate pacientului pentru stabilirea diagnosticului, atunci când este necesară prezentarea repetată a pacientului la cabinet, sau pentru urmărirea evoluției sub tratament a pacientului (solicitări pentru care pacientul

primește, după confirmarea diagnosticului și stabilirea conduitei terapeutice, recomandare de la medicul de specialitate cu programarea acestor noi prezentări). Medicul de specialitate va înscrie pe versoul biletului de trimitere primit de la medicul de familie sau de la un alt medic de specialitate și care va fi depus la casa de asigurări de sănătate, termenul la care va efectua consultația de control.

- după o intervenție chirurgicală sau ortopedică până la vindecare, incluzând pansamentul plăgii, manevrele chirurgicale impuse de anumite complicații minore și scoaterea firelor, scoaterea ghipsului, pe baza scrisorii medicale sau a biletului de externare din spital primit de la medicul care a îngrijit pacientul în spital;

- pentru afecțiunile confirmate prevăzute în **anexa nr. 10** la ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fără bilet de trimitere de la medicul de familie, conform unei periodicități stabilite de medicul de specialitate, sau ori de câte ori apar complicații sau decompensări ale afecțiunii respective. Medicul de specialitate va informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit, la un interval de 3 – 6 luni, după caz.

Stabilirea numărului de puncte pe consultație

| | Inițială | Control |
|---|-----------|-----------|
| a) Consultația copilului cu vârsta cuprinsă între 0 – 1 an | 25 puncte | 20 puncte |
| b) Consultația copilului cu vârsta cuprinsă între 1 - 5 ani | 20 puncte | 15 puncte |
| c) Consultații peste vârsta de 5 ani | 15 puncte | 10 puncte |

Pentru consultațiile punctate separat la lit.B pct.1 în funcție de afecțiuni, numărul de puncte acordat este cel prevăzut la lit.B pct.1 pentru consultația inițială și cu 5 puncte mai puțin pentru consultația de control.

Se consideră consultație inițială prima prezentare a unui pacient în ambulatoriul de specialitate, la un anumit medic pentru o anumită afecțiune, în vederea stabilirii diagnosticului și tratamentului, inclusiv preluarea unui pacient externat din spital pe baza biletului de ieșire din spital, pentru afecțiunile diagnosticate, caz nou, în cursul internării. Se considera caz nou stabilirea pentru prima data la un asigurat a unui anumit diagnostic.

Se consideră consultație de control:

- prezentările ulterioare ale unui pacient la același medic (în afara primei prezentări) pentru același diagnostic pentru reevaluarea tratamentului, pentru efectuarea unor manevre terapeutice sau aplicarea unor tratamente stabilite de medic cu ocazia consultațiilor acordate pacientului pentru stabilirea diagnosticului, pentru care este necesară prezentarea repetată a pacientului la cabinet, sau pentru urmărirea evoluției sub tratament a pacientului (solicitări pentru care pacientul primește, după

confirmarea diagnosticului și stabilirea conduitei terapeutice, recomandare de la medicul de specialitate cu programarea acestor noi prezentări), până la vindecare sau stabilizare;

- controalele periodice ale unui pacient cu un diagnostic cunoscut, inclusiv controale după internări pentru același diagnostic pentru reevaluarea stării de sănătate și a tratamentului;

- controalele după o intervenție chirurgicală și ortopedică până la vindecare (inclusiv pansamentul plăgii, scoaterea firelor și manevrele chirurgicale impuse de anumite complicații minore, scoaterea ghipsului).

Se decontează ca o consultație de control și următoarele două consultații ce au fost necesare pentru confirmarea diagnosticului de presumție, pe baza investigațiilor suplimentare solicitate de medicul de specialitate.

B Servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate clinic:

1. Pachetul de servicii medicale de baza

| Nr.crt. | Denumire specialitate/serviciu | Puncte |
|---------|--|------------|
| | A) Alergologie și imunologie clinică | |
| A1 | Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ) | 7/test |
| A2 | Teste de provocare nazală, oculară, bronșică | 5 |
| A3 | Teste cutanate cu agenți fizici (maximum 4 teste) | 3/test |
| A4 | Imunoterapie specifică cu vaccinuri alergice standardizate | 10/ședință |
| A5 | Peakflow metrie | 5 |
| A6 | Spirometrie (efectuare) | 10 |
| A7 | Aerosoli/caz (ședință) | 3 |
| A8 | Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor | 15 |
| | B) Cardiologie | |
| | Consultația de cardiologie include și interpretarea EKG | |
| B1 | Examen electrocardiografic (efectuare) | 5 |
| B2 | Interpretare EKG continuu (24 ore, Holter) | 20 |
| B3 | Interpretare Holter TA | 15 |
| B4 | Oscilometrie | 5 |
| B5 | Efectuare EKG de efort | 6 |
| | C) Chirurgie inclusiv chirurgie infantilă și chirurgie plastică – microchirurgie reconstructivă*) | |
| | Consultația chirurgicală se punctează separat numai pentru alte afecțiuni decât cele enumerate mai jos | |
| Cc | Consultația și terapia chirurgicală (inclusiv anestezia locală) a: | |
| Cc.1 | Panarițului eritematos | 15 |
| Cc.2 | Panarițului flictenular | 20 |
| Cc.3 | Panarițului periunghial și subunghial | 22 |
| Cc.4 | Panarițului antracoid | 22 |

| | | |
|-------|---|----|
| Cc.5 | Panarițiului pulpar | 22 |
| Cc.6 | <i>Panarițiului osos, articular, tenosinoyal***</i> | 22 |
| Cc.7 | Flegmoanelor superficiale mână fără limfangită | 22 |
| Cc.8 | <i>Flegmoanelor lojă tenară, hipotenară, comisurale, tenosinovitelor</i> | 22 |
| Cc.9 | Abcesului de părți moi | 22 |
| Cc.10 | <i>Abcesului pilonidal***</i> | 22 |
| Cc.11 | Furunculului | 20 |
| Cc.12 | Furunculului antracoid, furunculozei | 20 |
| Cc.13 | Hidrosadenitei | 22 |
| Cc.14 | Celulitei | 20 |
| Cc.15 | Seromului posttraumatic | 22 |
| Cc.16 | Arsurilor termice < 10% | 20 |
| Cc.17 | Leziunilor externe prin agenți chimici < 10% | 20 |
| Cc.18 | Hematomului | 15 |
| Cc.19 | Edemului dur posttraumatic | 20 |
| Cc.20 | Plăgilor tăiate superficiale | 20 |
| Cc.21 | Plăgilor înțepate superficial | 5 |
| Cc.22 | Degerăturilor (gr. I și gr. II) | 12 |
| Cc.23 | Flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos | 25 |
| Cc.24 | Adenoflegmonului | 20 |
| Cc.25 | Supurațiilor postoperatorii | 20 |
| Cc.26 | Consultația, tratamentul și îngrijirea piciorului diabetic (polinevrita, supurații, microangiopatie) | 22 |
| Cc.27 | Consultația și terapia chirurgicală (inclusiv anestezia locală) a: | |
| Cc.28 | Afecțiunilor mamare superficiale | 20 |
| Cc.29 | Supurațiilor mamare profunde*** | 25 |
| Cc.30 | Granulomului ombilical | 15 |
| Cc.31 | Abcesului perianal | 25 |
| Cc.32 | Fimozei (decalotarea, debridarea) | 10 |
| Cc.33 | Consultația și terapia chirurgicală (inclusiv anestezia locală) a: | |
| Cc.34 | Polipului rectal procident (extirpare) | 25 |
| Cc.35 | Tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate | 20 |
| Cc.36 | Tumorii scalpului, simplă | 20 |
| Cc.37 | Tumorilor simple ale buzei | 20 |
| C.1 | Oscilometrie | 5 |
| C.2 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| C.3 | Administrare intravenoasă de medicamente | 4 |
| C.4 | Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden) | 30 |
| D. | Dermato-venerologie | |
| | Consultația și tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate (anestezie, excizie, sutură, pansament) | 25 |
| D.1 | Electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune | 10 |
| D.2 | Crioterapia/leziune | 10 |
| D.3 | Tratamente cu laser soft/leziune | 10 |
| D.4 | Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen local | 15 |
| D.5 | Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen generală | 10 |
| D.6 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| | | |
| E. | Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice | |

| | | |
|-------|---|----|
| | Consultația pentru diabet zaharat, nutriție și boli metabolice include și stabilirea unor regimuri alimentare specifice | |
| Ec.1 | Consultația, tratamentul și îngrijirea piciorului diabetic (polinevrita, supurații, microangiopatie) | 22 |
| E.2 | Examen electrocardiografic (efectuare) | 5 |
| E.3 | Oscilometrie | 5 |
| E.4 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| E.5 | Administrare intravenoasă de medicamente | 4 |
| | | |
| F. | Endocrinologie | |
| | | |
| | Consultația de endocrinologie include și stabilirea criteriilor antropometrice, a curbelor de creștere, stabilirea unor regimuri alimentare specifice | |
| F.1 | Exoftalmometrie (aprecierea exoftalmiei) | 5 |
| F.2 | Efectuarea densimetriei osoase (ultrasunete) | 20 |
| F.3 | Administrare intravenoasă de medicamente | 4 |
| G. | Gastroenterologie | |
| | | |
| G.1 | Polipectomie endoscopică gastrică | 50 |
| G.2 | Polipectomie endoscopică rectosigmoidiană | 50 |
| G.3 | Polipectomie endoscopică colonică | 70 |
| G.4 | Colonoscopie diagnostică | 45 |
| G.5 | Bandare varice esofagiene | 45 |
| G.6 | Extracție endoscopică corpi străini | 20 |
| G.7 | Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden) | 30 |
| | | |
| H. | Genetică medicală | |
| | | |
| Hc.1 | Consultație și sfat genetic (evaluarea riscului de recurență și precizarea posibilităților de a reduce acest risc) inclusiv morfometria | 40 |
| | | |
| I. | Hematologie | |
| | | |
| I.1 | Puncție-biopsie osoasă cu amprentă | 30 |
| I.2 | Puncție aspirat de măduvă osoasă | 12 |
| | | |
| J. | Neurologie, neuropsihiatrie infantilă**) | |
| | Consultația include și interpretarea investigațiilor specifice | 25 |
| J.1 | Examen ultrasonografic extracranian al aa Cervico-cerebrale (Doppler, echotomografie și tehnici derivate) | 45 |
| J.2 | Examen Doppler transcranian al vaselor cerebrale și tehnici derivate | 45 |
| J.3 | Examen electromiografic | 20 |
| J.4 | Examen electroneurografic | 20 |
| J.5 | Determinarea potențialelor evocate | |
| J.5.a | vizuale | 10 |
| J.5.b | de trunchi cerebral (auditive) | 10 |
| J.5.c | somatoestezice | 10 |
| J.6 | Examen electroencefalografic standard | 10 |
| J.7 | Examen electroencefalografic cu probe de stimulare | 15 |

| | | |
|-------|--|----|
| J.8 | Examen electroencefalografic cu mapping | 15 |
| J.9 | Video – electroencefalografie | 15 |
| J.10 | Consiliere psihologică copii - psiholog | 30 |
| J.11 | Psihodiagnostic psiholog | 30 |
| J.c12 | Consultație logopedie* | 15 |
| | *) Pentru copiii sub 6 ani 20 puncte | |
| | | |
| K. | Nefrologie | |
| K.1 | Examen electrocardiografic (efectuare) | 5 |
| K.2 | Administrare intravenoasă de medicamente | 4 |
| K.3 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| | | |
| L. | Oncologie medicală | |
| | | |
| Lc.1 | Consultație și prim ajutor pentru supurații | 20 |
| L.1 | Infiltrații peridurale | 15 |
| L.2 | Administrare intravenoasă de medicamente | 4 |
| L.3 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| L.4 | Bronhoscopie | 30 |
| L.5 | Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden) | 30 |
| M. | Obstetrică-ginecologie | |
| | Consultația obstetricală și/sau ginecologică include și recoltarea secreției vaginale, recoltarea secreției mamelonare, colposcopie și/sau vulvoscopie, histeroscopie diagnostică, histeroscopie cu biopsie, aplicarea și îndepărtarea unui sterilet, recomandarea unui produs de contracepție | |
| M.1 | Ablația unui polip sau fibrom cervical | 20 |
| M.2 | Conizația cu ansă diatermică sau cu bisturiul | 25 |
| M.3 | Manevre de mică chirurgie pentru abces și/sau chist vaginal sau Bartholin cu marsupializare, polipi, vegetații vulvă, vagin, col | 22 |
| M.4 | Tratamente locale: badijonaj, lavaj/caz* | 10 |
| M.5 | Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau | 8 |
| M.6 | Extracție de corpi străini | 5 |
| M.7 | Administrare intravenoasă de medicamente | 4 |
| M.8 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| | *Pentru alte cazuri decât cele de mică chirurgie | |
| | | |
| N. | Oftalmologie | |
| | Consultația oftalmologică include și explorarea funcției aparatului lacrimal, determinarea acuității vizuale, prescripția corecției optice, examinarea digitală a tensiunii oculare, examinarea motilității oculare, examen în lumină difuză | |
| N.1 | Biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia | 12 |
| N.2 | Determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie*, astigmatometrie) | |
| N.3 | Explorarea câmpului vizual (perimetrie) | 15 |
| N.4 | Explorarea funcției binoculare (test Worth, Maddox, sinoptofor) examen diplopie | 10 |
| N.5 | Tonometrie; probă provocare; oftalmodinamometrie | 5 |
| N.6 | Extracția corpurilor străini | 13 |

| | | |
|------|---|----|
| N.7 | Tratamentul chirurgical al unor afecțiuni ale anexelor globului ocular (salazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist, flegmon, abces, sutura unei plăgi, intervenții chirurgicale estetice) | 20 |
| N.8 | Tratamentul chirurgical al pterigionului | 25 |
| N.9 | Abrazia corneei; termocauterizarea corneei; crioaplicații | 12 |
| N.10 | Tratament cu LASER la polul posterior | 40 |
| N.11 | Tratamentul cu LASER la polul anterior | 30 |
| N.12 | Tratamentul ortoptic/ședință | 10 |
| N.13 | Biometrie | 15 |
| N.14 | Injectare subconjunctivală, retrobulbară de medicamente | 4 |
| N.15 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| | *Se decontează numai pentru copii | |
| O. | Otorinolaringologie | |
| | Consultația ORL include: examen nas-sinusuri, examen buco-faringoscopic, rinoscopie posterioară, examenul laringoscopic și hipofaringoscopic, examenul otoscopic, examen vestibular, examen nervi cranieni | |
| O.1 | Examen fibroscopic nas, cavum, laringe | 15 |
| O.2 | Tamponament posterior | 15 |
| O.3 | Puncție sinusală, lavaj, tratament local/caz | 10 |
| O.4 | Tratament chirurgical colecție: sept, flegmon, periamigdalian, furunculul CAE | 15 |
| O.5 | Extracție corpi străini | 5 |
| O.6 | Tamponament anterior | 5 |
| O.7 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| O.8 | Cură chirurgicală a othematomului | 10 |
| O.9 | Audiometrie la căști sau în câmp liber vocală sau tonală | 20 |
| O.10 | Foniatrie | 20 |
| O.11 | Aerosoli/caz | 3 |
| O.12 | Tratament chirurgical al sinechiei septo-turbinare | 15 |
| O.13 | Impedanța | 20 |
| O.14 | Tratament chirurgical al traumatismelor ORL | 25 |
| O.15 | Electrocauterizare sau cauterizarea mucoasei nazale | 18 |
| O.16 | Proceduri endoscopice nazale și sinusale | 30 |
| O.17 | Exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință) logoped | 15 |
| O.18 | Investigarea psihoacustică a vocii psiholog | 10 |
| O.19 | Psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene (ședință) psiholog | 15 |
| Oc.1 | Consultație* logopedie | 15 |
| | *Pentru copii sub 6 ani 20 puncte | |
| P. | Ortopedie și traumatologie inclusiv ortopedie pediatrică | |
| | Consultația ortopedică inițială sau de control după caz, se raportează pentru patologie osoasă netraumatică și necongenitală altele decât cele enumerate mai jos; consultații de control pentru patologia traumatică și congenitală care a necesitat aparat gipsat se raportează numai pentru scoaterea gipsului la vindecare | |
| | Consultația și tratamentul ortopedic (inclusiv înlocuirea gipsului dacă a fost necesară) al: | |
| Pc.1 | Luxației, entorsei sau fracturii antebrățului, pumnului, gleznei, | 25 |

| | | |
|-------|--|--------|
| | oaselor carpiene, metacarpene, tarsiene, metatarsiene, falange | |
| Pc.2 | Entorsei sau luxației patelei, umărului; disjuncție acromio-claviculară; fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); leziune de menisc; instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară | 32 |
| Pc.3 | Fracturii femurului; luxației, entorsei, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare | 40 |
| Pc.4 | Consultația și tratamentul unei osteonecroze aseptice (osteocondroze) la nivelul scafidului tarsian, semilunar, cap metatarsian II sau III etc. | 15 |
| Pc.5 | Consultația și tratamentul unei infecții osoase (osteomielită, osteită) la falange | 15 |
| Pc.6 | Consultații de control postoperatorii ale unei tuberculoze osteoarticulare | 15 |
| Pc.7 | Consultație, examen diagnostic și tratament în displazia luxantă a șoldului în primele 6 luni | 30 |
| Pc.8 | Consultația și tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni | 15 |
| Pc.9 | Consultația și tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg | 15 |
| Pc.10 | Consultația și tratamentul plăgilor contuze ale membrilor, fenomenelor posttraumatice: hematom, serom, edem; retușuri de bont | 15 |
| P.1 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| P.2 | Administrare intravenoasă de medicamente | 4 |
| P.3 | Efectuarea densimetriei osoase (ultrasunete) | 20 |
| | | |
| R. | Pneumologie | |
| R.1 | Bronhoscopie | 30 |
| R.2 | Citirea fiecărei serii de 10 clișee MRF | 5 |
| R.3 | Spirometrie | 10 |
| R.4 | Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor | 15 |
| R.5 | Extragere bronhoscopică de corpi străini din căile respiratorii | 35 |
| R.6 | Peakflow metrie | 5 |
| R.7 | Aerosoli/caz (ședință) | 3 |
| R.8 | Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ) | 7/test |
| R.9 | Teste de provocare nazală, oculară, bronșică | 5 |
| R.10 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| R.11 | Administrare intravenoasă de medicamente | 4 |
| | | |
| S. | Psihiatrie inclusiv pediatică, neuropsihiatrie infantilă**) | |
| | | |
| Sc.1 | Consultația inițială include: anamneză, evaluare psihologică, stabilirea obiectivelor psihoterapeutice și a metodelor de tratament; durată medie 40 de minute | 45 |
| Sc.2 | Consultația de control include: efectuarea și/sau interpretarea unor investigații complementare specifice (examen psihologic: QI, | 25 |

| | | |
|-------|--|----|
| | anchetă socială, teste, scale clinice) și nespecifice, reevaluări, psihoeducația pacientului, familială, terapie educațională; durată medie 30 de minute | |
| S.1 | Examen ultrasonografic extracranian al aa Cervico-cerebrale (Doppler, echotomografie și tehnici derivate) | 45 |
| S.2 | Examen electroencefalografic standard | 10 |
| S.3 | Examen electroencefalografic cu probe de stimulare | 15 |
| S.4 | Examen electroencefalografic cu mapping | 15 |
| S.5 | Video – electroencefalografie | 15 |
| S.6 | Psihoterapie individuală (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții) | 15 |
| S.7 | Psihoterapie de grup (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții) | 15 |
| S.8 | Consiliere psihiatrică nespecifică pentru pacient | 15 |
| S.9 | Consiliere psihologică copii – psiholog | 30 |
| Sc.3 | Psihodiagnostic psiholog | 30 |
| Sc.4 | Consultație* logopedie | 15 |
| | *Pentru copii sub 6 ani 20 puncte | |
| | | |
| T. | Radioterapie | |
| T.1 | Acte de RT de înaltă energie protocolul de tratament | 50 |
| T.2 | Acte de RT cu energii medii și joase protocol de tratament (atât pentru afecțiunile tumorale maligne, cât și pentru cele benigne) | 25 |
| T.3 | Acte de curieterapie | |
| T.3.a | Protocol de tratament pentru curieterapie interstițială și endocavitară | 50 |
| T.3.b | Aplicatori radioactivi pentru curieterapie de contact de scurtă durată | 20 |
| | | |
| U. | Reumatologie | |
| U.1 | Infiltrații peridurale | 15 |
| U.2 | Mezoterapie | 8 |
| U.3 | Blocaje nervi periferici | 15 |
| U.4 | Blocaje chimice pentru spasticitate (alcool, fenol, toxină botulinică) | 20 |
| U.5 | Efectuarea densimetriei osoase (ultrasunete) | 20 |
| U.6 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| U.7 | Administrare intravenoasă de medicamente | 4 |
| | | |
| V. | Urologie | |
| | Consultația de urologie include și montarea, înlocuirea și scoaterea cateterelor sau sondelor uretrale | |
| Vc.1 | Consultație și terapie chirurgicală (inclusiv anestezia) pentru leziuni traumatiche, abcese, hematoame organe genitale masculine | 12 |
| V.1 | Dilatația stricturii uretrale | 8 |
| V.2 | Secțiunea optică a stricturii uretrale | 12 |
| V.3 | Uretroscopie ambulatorie | 10 |
| V.4 | Cateterismul uretrovezical "a demeure" pentru retenție completă de urină | |
| V.5 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| V.6 | Administrare intravenoasă de medicamente | 4 |
| | | |
| X. | Medicină internă; geriatrie și gerontologie | |
| | | |

| | | |
|------|--|-------------|
| X.1 | Administrare intravenoasă de medicamente | 4 |
| X.2 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| X.3 | Aspirație gastrică diagnostică și terapeutică | 5 |
| X.4 | Colonoscopie diagnostică | 45 |
| X.5 | Examen electrocardiografic (efectuare) | 5 |
| X.6 | Interpretare EKG continuu (24 ore, Holter) | 20 |
| X.7 | Interpretare Holter TA | 15 |
| X.8 | Oscilometrie | 5 |
| X.9 | Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden) | 30 |
| X.10 | Spirometrie | 10 |
| X.11 | Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor | 15 |
| X.12 | Teste de provocare nazală, oculară, bronșică | 5 |
| X.13 | Aerosoli/caz (ședință) | 3 |
| X.14 | Examen electrocardiografic de efort (efectuare) | 6 |
| X.15 | Extracție endoscopică corpi străini | 20 |
| | | |
| Y. | Pediatrie | |
| | Consultația de pediatrie include și stabilirea criteriilor antropometrice, a curbelor de creștere cât și stabilirea unor regimuri alimentare specifice | |
| Yc.1 | Consultație și prim ajutor pentru plăgi înțepate, tăiate, contuze, entorse, fracturi | 25 |
| Y.1 | Imunoterapia specifică | 3/ședință |
| Y.2 | Peakflow metrie | 5 |
| Y.3 | Aerosoli/caz (ședință) | 3 |
| Y.4 | Teste de provocare nazală, oculară, bronșică | 5 |
| Y.5 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| Y.6 | Administrare intravenoasă de medicamente | 4 |
| Y.7 | Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden) | 30 |
| | | |
| Z. | Planificare familială | |
| Z.1 | Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau | 8 |
| Z.2 | Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie | 5 |
| Z.3 | Administrare intravenoasă de medicamente | 4 |
| Z.4 | Test de sarcină | 8 |
| | | |
| Q. | Acupunctură, fitoterapie, homeopatie (maximum 4 proceduri/zi maximum 10 zile de tratament) | 5/procedură |

*) Serviciile medicale chirurgicale se acordă de medici în concordanță cu specialitatea chirurgicală obținută

**) Medicii cu specialitate neuropsihiatrie infantilă pot efectua și raporta atât servicii medicale cuprinse la lit.J cât și servicii medicale cuprinse la lit.S

***) Aceste servicii se decontează numai pentru furnizorii care au sală de operații

NOTĂ:

a) Serviciile medicale se acordă de către medicul de specialitate care a acordat consultația numai în cazurile considerate necesare în vederea stabilirii diagnosticului sau/și a aplicării conduitei terapeutice.

b) Medicii de specialitate 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, și dacă în cabinetul medical respectiv există aparatura medicală necesară și medicii de specialitate respectivi au obținut competența confirmată prin ordin al ministrului sănătății. Pentru efectuarea acestui serviciu, furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie cu casele de asigurări de sănătate, acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

2. Pachetul minimal de servicii medicale

a) consultație medicală inițială pentru constatarea situației de urgență (include toate serviciile medicale necesare, în limita competenței medicului de specialitate acordate pentru rezolvarea situației care pune în pericol viața pacientului și/sau bilet de trimitere pentru internare în spital pentru cazurile care depășesc posibilitățile de rezolvare în ambulatoriul de specialitate) – 15 puncte

b) consultație medicală inițială pentru depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic (examen obiectiv, diagnostic prezumptiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament).

- 15 puncte/
caz confirmat

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

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

a) consultație medicală inițială pentru constatarea situației de urgență (include toate serviciile medicale necesare, în limita competenței medicului de specialitate acordate pentru rezolvarea situației care pune în pericol viața pacientului și/sau bilet de trimitere pentru internare în spital pentru cazurile care depășesc posibilitățile de rezolvare în ambulatoriul de specialitate) – 15 puncte

b) consultație medicală inițială pentru depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic (examen obiectiv, diagnostic prezumptiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament).

- 15 puncte/caz
confirmat

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

c) servicii medicale acordate copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani. Se acordă serviciile medicale prevăzute la pct.1 – Pachetul de servicii medicale de bază

CAPITOLUL II PACHETUL DE SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE

1. 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 |
|----------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| <i>- Hematologie</i> | | | | | | | | |
| 1*** | 2 | . | 8 | 0 | 7 | 0 | Hemoleucograma completa - hemoglobina, hematocrit, număratoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formula leucocitara, indici eritrocitari ^{1;5} | 102600 |
| 2*** | 2 | . | 8 | 3 | 0 | 0 | Hemoglobina ¹ | 32400 |
| 3*** | 2 | . | 8 | 1 | 1 | 0 | Hematocrit ¹ | 18000 |
| 4*** | 2 | . | 8 | 0 | 1 | 0 | Numărătoare eritrocite ¹ | 13000 |
| 5*** | 2 | . | 8 | 0 | 4 | 0 | Numărătoare reticulocite ¹ | 22800 |
| 6*** | 2 | . | 8 | 8 | 0 | 0 | Numărătoare leucocite ¹ | 12000 |
| 7*** | 2 | . | 8 | 0 | 2 | 0 | Numărătoare trombocite ¹ | 13000 |
| 8*** | 2 | . | 8 | 0 | 3 | 0 | Examen citologic al frotiului sanguin ³ | 136250 |
| 9*** | 2 | . | 8 | 1 | 0 | 0 | VSH ¹ | 19200 |
| 10*** | 2 | . | 8 | 6 | 0 | 1 | Timp de coagulare | 22200 |
| 11*** | 2 | . | 8 | 6 | 0 | 2 | Timp de sangerare | 21600 |
| 12*** | 2 | . | 8 | 6 | 2 | 1 | Timp Quick, activitate de protrombina ¹ | 52800 |
| 13 | 2 | . | 8 | 6 | 0 | 3 | INR (International Normalised Ratio) | 62400 |
| 14*** | 2 | . | 8 | 6 | 2 | 2 | APTT | 90000 |
| 15*** | 2 | . | 8 | 2 | 1 | 1 | Determinare grup sanguin ABO (la grvida ¹) | 55200 |

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------|
| 16*** | 2 | . | 8 | 2 | 1 | 2 | Determinare grup sanguin Rh (la gravida ¹) | 57600 |
| 17 | 2 | . | 8 | 2 | 3 | 0 | Anticorpi specifici antiRh (la gravida ¹) | 55200 |
| <i>- Biochimie</i> | | | | | | | | |
| 18*** | 2 | . | 1 | 1 | 2 | 0 | Uree serica ^{1;5} | 42900 |
| 19*** | 2 | . | 1 | 1 | 3 | 0 | Acid uric seric ¹ | 42900 |
| 20*** | 2 | . | 1 | 1 | 4 | 0 | Creatinina serica ¹ | 42900 |
| 21*** | 2 | . | 1 | 5 | 1 | 0 | Calciu ionic seric ¹ | 57600 |
| 22*** | 2 | . | 1 | 5 | 1 | 1 | Calciu seric total ^{1**} | 39240 |
| 23*** | 2 | . | 1 | 5 | 7 | 0 | Magneziemie ¹ | 39240 |
| 24*** | 2 | . | 8 | 3 | 9 | 0 | Sideremie ¹ | 52000 |
| 25*** | 2 | . | 1 | 3 | 1 | 0 | Glicemie ^{1;5} | 42000 |
| 26*** | 2 | . | 1 | 4 | 2 | 0 | Colesterol seric total ¹ | 42000 |
| 27*** | 2 | . | 1 | 4 | 0 | 4 | Trigliceride serice ¹ | 51600 |
| 28 | 2 | . | 1 | 4 | 4 | 1 | HDL colesterol ^{**} (numai în HTA ¹) | 59950 |
| 29 | 2 | . | 1 | 4 | 4 | 3 | LDL (numai în HTA ¹) | 56400 |
| 30 | 2 | . | 1 | 4 | 0 | 0 | Lipide totale serice ^{**} | 45780 |
| 31*** | 2 | . | 1 | 0 | 2 | 0 | Proteine totale serice ¹ | 51600 |
| 32*** | 2 | . | 4 | 6 | 0 | 0 | TGO ^{1;5} | 42600 |
| 33*** | 2 | . | 4 | 6 | 1 | 0 | TGP ^{1;5} | 42900 |
| 34 | 2 | . | 4 | 7 | 2 | 0 | Fosfataza alcalina ¹ | 57000 |
| 35*** | 2 | . | 3 | 2 | 1 | 0 | Fibrinogenemie ¹ | 100200 |
| 36 | 2 | . | 4 | 6 | 8 | 0 | Gama GT | 58500 |
| 37*** | 2 | . | 4 | 5 | 0 | 0 | LDH | 65000 |
| 38*** | 2 | . | 1 | 1 | 5 | 0 | Bilirubina totala; directa ¹ | 42900 |
| 39 | 2 | . | 4 | 9 | 6 | 1 | Electroforeza proteinelor serice ^{1**} | 111180 |
| 40 | 2 | . | 4 | 9 | 6 | 2 | Electroforeza lipidelor serice ^{**} | 125350 |
| 41*** | 2 | . | 6 | 0 | 2 | 1 | VDRL ¹ | 40300 |
| 42*** | 2 | . | 6 | 0 | 2 | 2 | RPR ¹ | 40200 |
| 43 | 2 | . | 2 | 4 | 0 | 0 | Test Gutthrie | 87600 |
| 44 | 2 | . | 1 | 5 | 6 | 0 | Determinare litiu | 88800 |
| <i>- Imunologie</i> | | | | | | | | |
| 45*** | 2 | . | 6 | 2 | 5 | 0 | ASLO ¹ | 84000 |
| 46*** | 2 | . | 6 | 6 | 9 | 2 | Factor reumatoid | 68400 |
| 47*** | 2 | . | 6 | 6 | 9 | 1 | Proteina C reactiva ¹ | 78000 |
| 48 | 2 | . | 6 | 7 | 3 | 1 | IgA, seric | 108000 |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|--|---------|
| 49 | 2 | . | 6 | 7 | 3 | 2 | IgE seric** | 104640 |
| 50 | 2 | . | 6 | 7 | 3 | 3 | IgM seric | 110500 |
| 51 | 2 | . | 6 | 7 | 3 | 4 | IgG seric | 108000 |
| 52 | 2 | . | 5 | 5 | 4 | 0 | Imunofixare | 65400 |
| 53 | 2 | . | 6 | 7 | 8 | 0 | Crioglobuline | 45780 |
| 54*** | 2 | . | 1 | 0 | 9 | 1 | Complement seric | 79300 |
| 55 | 2 | . | 6 | 2 | 0 | 5 | Depistare Chlamydii | 143000 |
| 56 | 2 | . | 6 | 2 | 0 | 6 | Depistare Helicobacter Pylori | 158050 |
| 57 | 2 | . | 5 | 5 | 6 | 0 | Testare HIV (la gravida ¹) | 243600 |
| 58*** | 2 | . | 4 | 0 | 6 | 0 | TSH | 150000 |
| 59*** | 2 | . | 4 | 0 | 4 | 0 | FT4 | 152400 |
| 60 | 2 | . | 6 | 3 | 9 | 1 | Ag Hbe ² | 420000 |
| 61 | 2 | . | 6 | 3 | 9 | 2 | Ag HBs (screening) ² | 228000 |
| 62 | 2 | . | 6 | 2 | 0 | 1 | Anti-HAV IgM ² | 300000 |
| 63 | 2 | . | 6 | 2 | 0 | 2 | Anti-HBc ² | 240000 |
| 64 | 2 | . | 6 | 2 | 0 | 3 | Anti-Hbe ² | 276000 |
| 65 | 2 | . | 6 | 2 | 0 | 4 | Anti HCV ² | 475000 |
| 66 | 2 | . | 5 | 5 | 8 | 0 | Incărcare virală hepatică prin metoda PCR ⁴ | 3300000 |
| 67 | 2 | . | 4 | 1 | 3 | 0 | STH cu stimulare | 216000 |
| 68 | 2 | . | 4 | 3 | 2 | 0 | Estrogeni (FSH; LH; estradiol)** | 174400 |
| 69 | 2 | . | 4 | 3 | 0 | 0 | Cortizol | 204000 |
| 70 | 2 | . | 4 | 3 | 3 | 2 | Progesteron** | 185300 |
| 71 | 2 | . | 4 | 3 | 3 | 1 | Prolactina | 185300 |
| <i>- Exudat faringian</i> | | | | | | | | |
| 72*** | 2 | . | 5 | 0 | 6 | 1 | Cultura ¹ | 70200 |
| 73 | 2 | . | 5 | 3 | 0 | 1 | Antibiograma ¹ | 102000 |
| 74 | 2 | . | 7 | 0 | 1 | 1 | Cultura fungi | 63220 |
| <i>- Examene sputa</i> | | | | | | | | |
| 75 | 2 | . | 5 | 0 | 0 | 1 | Examen microscopic nativ | 39000 |
| 76 | 2 | . | 5 | 0 | 4 | 1 | Examen microscopic colorat - Ziehl Neelsen | 110500 |
| 77 | 2 | . | 5 | 0 | 3 | 1 | Examen microscopic colorat Gram | 52000 |
| 78 | 2 | . | 5 | 0 | 6 | 2 | Cultura | 70200 |
| 79 | 2 | . | 5 | 3 | 0 | 2 | Antibiograma | 102000 |
| 80 | 2 | . | 7 | 0 | 1 | 2 | Cultura fungi | 63220 |
| <i>- Analize de urina</i> | | | | | | | | |
| 81 | 2 | . | 3 | 4 | 5 | 0 | Examen complet de urina (sumar + | 68400 |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|--|--------|
| | | | | | | | sediment) ^{1;5} | |
| 82 | 2 | . | 5 | 0 | 4 | 2 | Examen microscopic colorat - Ziehl Neelsen | 110500 |
| 83*** | 2 | . | 5 | 0 | 6 | 3 | Urocultura ¹ | 96000 |
| 84*** | 2 | . | 5 | 3 | 0 | 3 | Antibiograma ¹ | 102000 |
| 85*** | 2 | . | 2 | 2 | 0 | 0 | Dozare glucoza urinara ¹ | 36000 |
| 86*** | 2 | . | 2 | 0 | 3 | 0 | Dozare proteine urinare ¹ | 43200 |
| <i>- Examenes materiei fecale</i> | | | | | | | | |
| 87 | 2 | . | 7 | 1 | 2 | 0 | Examen coproparazitologic (3 probe) ¹ | 91200 |
| 88*** | 2 | . | 5 | 0 | 6 | 4 | Coprocultura ¹ | 115200 |
| 89*** | 2 | . | 5 | 3 | 0 | 4 | Antibiograma | 102000 |
| <i>- Examenes din secretii vaginale</i> | | | | | | | | |
| 90*** | 2 | . | 5 | 0 | 0 | 2 | Examen microscopic nativ | 36000 |
| 91*** | 2 | . | 7 | 3 | 4 | 0 | Examen microscopic colorat | 45500 |
| 92 | 2 | . | 9 | 1 | 6 | 0 | Examen Babeş - Papanicolau ¹ | 288000 |
| 93*** | 2 | . | 5 | 0 | 6 | 5 | Cultura | 97500 |
| 94*** | 2 | . | 5 | 3 | 0 | 5 | Antibiograma | 114000 |
| 95 | 2 | . | 7 | 0 | 1 | 3 | Cultura fungi | 69600 |
| 96 | 2 | . | 5 | 3 | 0 | 9 | Fungigrama | 130000 |
| <i>- Examenes din secretii uretrale, otice, nazale, conjunctivale si puroi</i> | | | | | | | | |
| 97 | 2 | . | 5 | 0 | 3 | 2 | Examen microscopic colorat | 45500 |
| 98 | 2 | . | 5 | 0 | 6 | 6 | Cultura | 97200 |
| 99 | 2 | . | 5 | 0 | 7 | 0 | Cultură germeni anaerobi | 100800 |
| 100 | 2 | . | 5 | 3 | 0 | 6 | Antibiograma | 102000 |
| 101 | 2 | . | 5 | 3 | 0 | 8 | Antibiograma germeni anaerobi | 138000 |
| <i>- Examen lichid puncție</i> | | | | | | | | |
| 102 | 2 | . | 5 | 0 | 3 | 3 | Examen microscopic/frotiu | 42000 |
| 103 | 2 | . | 5 | 0 | 6 | 7 | Cultură | 97200 |
| 104 | 2 | . | 5 | 3 | 0 | 7 | Antibiogramă | 114000 |
| 105 | 2 | . | 9 | 1 | 7 | 0 | Citodiagnostic lichid puncție | 235200 |
| <i>- Examen sudoare</i> | | | | | | | | |
| 106 | 2 | . | 2 | 8 | 4 | 0 | Ionoforeza pilocarpinica | 123500 |
| <i>- Examinari histopatologice</i> | | | | | | | | |
| 107 | 2 | . | 9 | 0 | 0 | 0 | Piesa prelucrata la parafina | 224400 |
| 108 | 2 | . | 9 | 0 | 2 | 1 | Bloc inclus la parafina cu diagnostic histopatologic | 295200 |
| 109 | 2 | . | 9 | 0 | 2 | 0 | Diagnostic histopatologic pe lama | 133200 |
| 110 | 2 | . | 9 | 0 | 1 | 0 | Examen histopatologic cu coloratii speciale | 909600 |
| 111 | 2 | . | 9 | 0 | 2 | 2 | Citodiagnostic sputa prin incluzii parafina | 333600 |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|--|------------|
| 112 | 2 | . | 9 | 0 | 2 | 3 | Citodiagnostic secretie vaginala | 240500 |
| 113 | 2 | . | 9 | 0 | 2 | 4 | Examen citohormonal | 222000 |
| 114 | 2 | . | 9 | 0 | 2 | 5 | Citodiagnostic lichid de punctie | 235200 |
| 115 | 2 | . | 9 | 0 | 3 | 0 | Teste imunohistochimice>(* (** | 695420/set |
| <i>- Examinari radiologice</i> | | | | | | | | |
| 116 | | | | | | | Radiografie craniana standard in 2 planuri ¹) | 79570 |
| 117 | | | | | | | Radiografie craniana in proiectie speciala ¹) | 120990 |
| 118 | | | | | | | Ex. radiologic parti ale scheletului in 2 planuri ¹) | 102460 |
| 119 | | | | | | | Ex. radiologic torace osos sau parti ale lui in mai multe planuri ¹) | 127530 |
| 120 | | | | | | | Ex. radiologic centura scapulara sau pelvina fara substanta de contrast ¹) | 105730 |
| 121 | | | | | | | Ex. radiologic parti ale coloanei vertebrale, mai putin coloana cervicala ¹) | 129710 |
| 122 | | | | | | | Ex. radiologic alte articulatii fara substanta de contrast sau functionale cu TV ¹) | 97010 |
| 123 | | | | | | | Ex. radiologic coloana vertebrala completa, mai putin coloana cervicala ¹) | 216910 |
| 124 | | | | | | | Ex. radiologic coloana cervicala in cel putin 3 planuri ¹) | 190750 |
| 125 | | | | | | | Mielografie cu substanta nonionica | 1338520 |
| 126 | | | | | | | Ex. radiologic torace ansamblu inclusiv ex. Rx.-scopic (eventual cu bol opac) ¹) | 166770 |
| 127 | | | | | | | Ex. radiologic organe ale gatului sau ale planseului bucal ¹) | 160230 |
| 128 | | | | | | | Ex. radiologic torace si organe ale toracelui ¹) | 164590 |
| 129 | | | | | | | Bronhografie cu substanta de contrast nonionica | 1345060 |
| 130 | | | | | | | Ex. radiologic de vizualizare generala a abdomenului nativ in cel putin 2 planuri ¹) | 102460 |
| 131 | | | | | | | Ex. radiologic cai biliare, pancreas cu substanta de contrast nonionica ¹) | 1417000 |
| 132 | | | | | | | Ex. radiologic esofag ca serviciu independent, inclusiv radioscopie | 137340 |
| 133 | | | | | | | Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanta de contrast nonionica ¹) | 311740 |
| 134 | | | | | | | Ex. radiologic tract digestiv cu întinderea examinarii pana la | 475240 |

| | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|---------|
| | | | | | | | regiunea ileo-cecala, inclusiv substanța 1) | |
| 135 | | | | | | | Ex. radiologic colon in dublu contrast sau intestin subtire pe sonda duodenala | 550450 |
| 136 | | | | | | | Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvinaginare | 297570 |
| 137 | | | | | | | Ex. radiologic tract urinar (urografie minutata) cu substanta de contrast nonionica 1) | 1635000 |
| 138 | | | | | | | Examen radiologic retrograd de uretra sau vezica urinara cu substanta de contrast nonionica 1) | 1250230 |
| 139 | | | | | | | Cistografie de reflux cu substanta de contrast nonionica | 1581590 |
| 140 | | | | | | | Ex. radiologic uretra, vezica urinara la copil cu substanta de contrast nonionical) | 1269850 |
| 141 | | | | | | | Pielografie | 1526000 |
| 142 | | | | | | | Ex. radiologic cu substanta de contrast nonionica a uterului si oviductului | 2005600 |
| 143 | | | | | | | Mamografie in 2 planuri ¹ 1) | 183120 |
| 144 | | | | | | | Sialografia, galactografia, sinusuri cu contrast, fistulografia cu substanta de contrast nonionica | 1281840 |
| 145 | | | | | | | Flebografia de extremitati | 1383210 |
| 146 | | | | | | | Tomografia plana | 346620 |
| 147 | | | | | | | Angiografia carotidiana cu substanta de contrast nonionica | 1675330 |
| 148 | | | | | | | P.E.G. | 109000 |
| 149 | | | | | | | Radiofotografia medicala (MRF) ¹) | 28340 |
| 150 | | | | | | | CT craniu cu substanta de contrast nonionica 1)** | 1645900 |
| 151 | | | | | | | CT regiune gat cu substanta de contrast nonionica 1)** | 1716750 |
| 152 | | | | | | | CT regiune toracica cu substanta de contrast nonionica 1)** | 1863900 |
| 153 | | | | | | | CT abdomen cu substanta de contrast (nonionica) adm. Intravenos1)** | 1883520 |
| 154 | | | | | | | CT pelvis cu substanta de contrast (nonionica) adm. Intravenos 1)** | 1765800 |
| 155 | | | | | | | CT coloana vertebrala cu substanta de contrast nonionica 1)** | 1749450 |
| 156 | | | | | | | CT membre cu substanta de contrast nonionica 1)** | 1758170 |

| | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--------|
| 157 | | | | | | | Ecografie generala (abdomen+pelvis) ^{1**} | 209280 |
| 158 | | | | | | | Ecografie abdomen ^{1**} | 115540 |
| 159 | | | | | | | Ecografie pelvis ^{1**} | 98100 |
| 160 | | | | | | | Radioscopie cardiopulmonara ^{1 1)} | 110090 |
| 161 | | | | | | | Radiografie retroalveolară | 40000 |
| 162 | | | | | | | Radiografie panoramică | 166770 |
| 163 | | | | | | | CT craniu fara substanta de contrast nonionica 1)** | 383680 |
| 164 | | | | | | | CT regiune gat fara substanta de contrast nonionica 1)** | 313920 |
| 165 | | | | | | | CT regiune toracica fara substanta de contrast nonionica 1)** | 747740 |
| 166 | | | | | | | CT abdomen fara substanta de contrast (nonionica) adm. Intravenos 1)** | 753190 |
| 167 | | | | | | | CT pelvis fara substanta de contrast (nonionica) adm. Intravenos 1)** | 388040 |
| 168 | | | | | | | CT coloana vertebrala fara substanta de contrast nonionica 1) | 312830 |
| 169 | | | | | | | CT membre 1)** | 272500 |
| 170 | | | | | | | Radiografie de membre ^{1 1)} | 98100 |
| 171 | | | | | | | EKG ¹ | 75600 |
| 172 | | | | | | | Spirometrie ¹ | 70850 |
| 173 | | | | | | | Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor | 95920 |
| 174 | | | | | | | Oscilometrie ¹ | 35970 |
| 175 | | | | | | | EEG | 83930 |
| 176 | | | | | | | Electromiografie | 115540 |
| 177 | | | | | | | Peak-flowmetrie | 17440 |
| 178 | | | | | | | Endoscopie gastro-duodenala ¹ | 158050 |
| 179 | | | | | | | Ecocardiografie M+2D 1)** | 115540 |
| 180 | | | | | | | Ecocardiografie + Doppler 1)** | 162410 |
| 181 | | | | | | | Ecocardiografie + Doppler color 1)** | 240890 |
| 182 | | | | | | | Ecografie de vase (vene) 1)** | 109000 |
| 183 | | | | | | | Ecografie de vase (artere) 1)** | 130800 |
| 184 | | | | | | | Ecocardiografie** | 115540 |
| 185 | | | | | | | Ecografie de organ** | 109000 |
| 186 | | | | | | | Ecografie fetală | 150000 |
| 187 | | | | | | | Ecografie transfontanerală | 150000 |
| 188 | | | | | | | Scintigrafia: osoasa, renala, hepatica, tiroidiana, a cailor | |

| | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|---|---------|
| | | | | | | | | biliare, cardiaca 1) | 1962000 |
| 189 | | | | | | | | RMN cu substanta de contrast 1) | 3133750 |
| 190 | | | | | | | | RMN fara substanta de contrast 1) | 2000150 |
| 191 | | | | | | | | Osteodensitometrie DEXA 1) | |
| 192 | | | | | | | | Ergometrie 1) | |
| 193 | | | | | | | | Electrocardiografie continua (24 ore, Holter)1) | |
| 194 | | | | | | | | Holter TA1) | |
| 195 | | | | | | | | Ecocardiografie transesofagiana 1) | |
| 196 | | | | | | | | Litrotriție extracorporeală 1) | |

NOTA 1

¹ Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie

² Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate si de medicii de familie pentru contactii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate

³ Se deconteaza numai daca este efectuat de medicul de laborator

⁴ Se deconteaza prima determinare pentru fiecare pacient care îndeplinește condițiile efectuării tratamentului cu Interferon

⁵ Investigatii medicale paraclinice de urgenta decontate de casele de asigurari de sanatate

1) Se efectueaza si in centrele de referinta

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

**) Suma decontată de casele de asigurări de sănătate din tarifele investigațiilor respective

***) Analize medicale de laborator care trebuie să fie efectuate obligatoriu pentru ca un laborator de analize medicale să încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru grupa/grupele de analize medicale, așa cum sunt structurate în anexa nr.11. Pentru pozițiile 41 și 42 obligativitatea efectuării este numai pentru una din cele două poziții.

NOTA 2

Filmele radiologice si substantele folosite sunt incluse in tarife.

NOTA 3

Investigatiile cu substanta de contrast se efectueaza in situatia in care au fost epuizate toate celelalte posibilitati de explorare, cu justificarea acestora, la recomandarea si pe raspunderea medicului de specialitate din ambulatoriu, care are bolnavul in observatie. Investigatiile cu substanta de contrast pentru cazurile care necesita internarea se efectueaza in conditiile de mai sus, solicitandu-se si acordul medicului sef al sectiei in care urmeaza sa fie internat bolnavul.

NOTA 4

- a) Serviciile prevăzute la pozițiile: 179 - 183 se efectuează numai de medicii din specialitățile: cardiologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie
- b) Serviciile prevăzute la poziția 185 se efectuează numai de medicii din specialitățile: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie
- c) Serviciile prevăzute la poziția 184 se efectuează numai de medicii din specialitățile: cardiologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, pediatrie (pentru copiii cu vârste între 0 și 18 ani nu se aplică prevederile menționate la **)
- d) Serviciile prevăzute la poziția 186 se efectuează numai de medicii din specialitatea genetică
- e) Serviciile prevăzute la poziția 187 se efectuează numai de medicii din specialitatea pediatrie

2. Pachetul de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice pentru persoanele care se asigură facultativ

Investigațiile paraclinice sunt cele cuprinse la pct.1 și se recomandă numai pentru situațiile în care medicul de familie sau după caz, medicul de specialitate, consideră necesar a se efectua aceste servicii, pentru: gravide, copii cu vârste între 0 și 18 ani.

CAPITOLUL III PACHETUL DE SERVICII MEDICALE STOMATOLOGICE PREVENTIVE ȘI A TRATAMENTELOR STOMATOLOGICE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE STOMATOLOGIE

1. Pachetul de servicii de bază medicale stomatologice preventive și a tratamentelor stomatologice

| COD | ACTE TERAPEUTICE | Tarife | Suma decontată de CAS | |
|-----|--|---------|------------------------|--------------|
| | | | Copii între 0 - 18 ani | peste 18 ani |
| 1. | Consultație | | | |
| 1.1 | Consultație primară, stabilirea diagnosticului și elaborarea planului de tratament | 100.300 | 100% | |
| 1.2 | Consultație secundară, diagnostic și plan de tratament complex | 125.400 | 100% | |
| 1.3 | Model de studiu | 100.300 | 100% | |
| 1.4 | Radiografie retroalveolară/radiografie inclusiv filmul | 40.000 | 100% | |

| | | | | |
|------|--|---------|------|--|
| 1.5 | Radiografie panoramică inclusiv filmul | 166.800 | 100% | |
| 2. | Terapia cariei simple | | | |
| 2.1 | Tratamentul cariilor pe 1 suprafață prin obturație cu amalgam* | 125.400 | 100% | |
| 2.2 | Tratamentul cariilor pe 2 suprafețe prin obturații cu amalgam* | 150.400 | 100% | |
| 2.3 | Tratamentul cariilor pe 3 suprafețe prin obturații cu amalgam* | 175.500 | 100% | |
| 2.4 | Tratamentul cariilor pe 1 suprafață prin obturație cu material compozit* | 183.000 | 100% | |
| 2.5 | Tratamentul cariilor pe 2 suprafețe prin obturații cu material compozit* | 200.600 | 100% | |
| 2.6 | Tratamentul cariilor pe 3 suprafețe prin obturații cu material compozit* | 208.100 | 100% | |
| 2.7 | Aplicarea sistemelor de retenție extemporanee | 50.200 | 100% | |
| 2.8 | Aplicarea sistemelor de retenție prefabricate (per stift) | 100.300 | 100% | |
| 2.9 | Finisarea și lustruirea obturațiilor/per dinte | 41.400 | 100% | |
| 2.10 | Tratamentul hiperesteziei dentinare/dinte | 41.400 | 100% | |

* Garanția pentru obturație este de 2 ani.

| | | | | |
|------|--|---------|------|------|
| 3. | Tratamentul afecțiunilor pulpare | | | |
| 3.1 | Pansament calmant | 50.200 | 100% | 100% |
| 3.2 | Coafaj indirect | 75.200 | 100% | |
| 3.3 | Coafaj direct | 175.500 | 100% | |
| 3.4 | Pulpectomie vitală cu obturație canal la monoradiculari (include anestezia) | 225.600 | 100% | |
| 3.5 | Pulpectomie vitală cu obturație canal la pluriradiculari (include anestezia) | 250.700 | 100% | |
| 3.6 | Amputație vitală | 175.500 | 100% | |
| 3.7 | Pulpectomie devitală cu obturație canal la pluriradiculari | 225.600 | 100% | |
| 3.8 | Tratamentul gangrenei pulpare cu obturație canal la monoradiculari | 250.700 | 100% | |
| 3.9 | Tratamentul gangrenei pulpare cu obturație canal la pluriradiculari | 300.800 | 100% | |
| 3.10 | Dezobturarea canalelor radiculare -per canal | 82.700 | 100% | |
| 3.11 | Îndepărtarea corpurilor străini din canale | 125.400 | 100% | |

| | | | | |
|-----|---|---------|------|------|
| 4. | Tratamentul paradontitelor apicale | | | |
| 4.1 | Tratamentul paradontitei apicale acute prin drenaj endodontic | 82.700 | 100% | 100% |
| 4.2 | Tratamentul paradontitei apicale acute prin drenaj endodontic + incizie mucoperiostală + osteotomie transmaxilară | 183.000 | 100% | 100% |
| 4.3 | Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturație canal la monoradiculari | 250.700 | 100% | |
| 4.4 | Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturație canal la pluriradiculari | 317.100 | 100% | |
| 4.5 | Obturație la dinții devitali cu amalgam | 250.700 | 100% | |
| 4.6 | Obturație la dinții devitali cu compozite | 250.700 | 100% | |
| 5. | Tratamentul afecțiunilor parodontiului marginal | | | |
| 5.1 | Tratamentul abcesului parodontal | 75.200 | 100% | 100% |
| 5.2 | Echilibrarea ocluzală prin șlefuire selectivă/ședință | 100.300 | 100% | |
| 5.3 | Conținție provizorie prin ligaturi de sârmă | 75.200 | 100% | |
| 5.4 | Chiuretaj în câmp închis/dinte | 125.400 | 100% | |
| 5.5 | Tratamentul aftei bucale/ședință | 50.100 | 100% | |
| 5.6 | Tratamentul gingivo-stomatitelor/ședință | 75.200 | 100% | 100% |
| 5.7 | Detartraj manual supra și subgingival pe dinte | 50.100 | 100% | |
| 5.8 | Detartraj mecanic supra și subgingival pe dinte | 66.400 | 100% | |
| 6. | Tratamente chirurgicale buco-dentare | | | |
| 6.1 | Anestezie locală de contact | 25.100 | 100% | |
| 6.2 | Anestezie cu infiltrație | 75.200 | 100% | |
| 6.3 | Extracție de dinți sau resturi de dinți monoradiculari (include anestezia) | 183.000 | 100% | 60% |
| 6.4 | Extracție de dinți sau resturi de dinți pluriradiculari (include anestezia) | 208.100 | 100% | 60% |
| 6.5 | Extracție alveoloplastică (include anestezia) | 275.800 | 100% | 60% |
| 6.6 | Extracție cu alveolotomie (include anestezia) | 308.400 | 100% | 60% |
| 6.7 | Extracție dinți temporari (include anestezia) | 125.400 | 100% | |
| 6.8 | Extracție la hemofilici, diabetici sau handicapați (include anestezia) | 325.900 | 100% | 60% |
| 6.9 | Chiuretaj alveolar | 41.400 | 100% | |

| | | | | |
|------|--|---------|------|------|
| 6.10 | Extracție dinți paradontotici (include anestezia) | 150.400 | | 60% |
| 6.11 | Tratamentul hemoragiei/alveolitei postextracționale | 82.700 | 100% | 100% |
| 6.12 | Tratamentul pericoronaritelor cu decapuşonare | 125.400 | 100% | 100% |
| 6.13 | Tratamentul de urgență al plăgilor buco-maxilo-faciale | 225.400 | 100% | 100% |
| 6.14 | Imobilizarea de urgență a luxațiilor dentare | 225.600 | 100% | 100% |
| 6.15 | Imobilizarea de urgență a fracturilor maxilare | 349.700 | 100% | 100% |
| 6.16 | Reducerea luxațiilor temporo-mandibulare | 125.400 | 100% | 100% |
| 6.17 | Control postoperator | 66.400 | 100% | 40% |

| | | | | |
|------|---|-----------|------|------|
| 7. | Tratamente protetice | | | |
| 7.1 | Proteză acrilică parțială cu 1 - 7 dinți* | 1.504.200 | | 100% |
| 7.2 | Proteză acrilică parțială cu peste 7 dinți* | 1.754.900 | | 100% |
| 7.3 | Proteză acrilică totală* | 2.005.600 | | 100% |
| 7.4 | Reparație simplă proteză acrilică | 200.600 | | 100% |
| 7.5 | Reparație + 1 croset (pentru fiecare croset suplimentar se adaugă 30.000 lei) | 200.600 | | 100% |
| 7.6 | Reparație + 1 dinte (pentru fiecare dinte suplimentar se adaugă 40.000 lei) | 200.600 | | 100% |
| 7.7 | Individualizarea protezelor acrilice/ședință | 50.100 | | |
| 7.8 | Reconstituire corono-radiculară | 267.000 | 100% | |
| 7.9 | Coroană acrilică | 300.800 | 100% | |
| 7.10 | Coroană metalică | 376.100 | 100% | |

* Termenul de înlocuire a unei proteze monomaxilare este de 3 ani.

| | | | | |
|------|---|-----------|------|--|
| 8. | Tratamente ortodontice | | | |
| 8.1 | Decon condiționarea obiceiurilor vicioase (sugere a degetului, deglutiție infantilă, respirație orală) prin plăcuță, vestibolo-orală și scut lingual | 1.500.400 | 100% | |
| 8.2* | Decon condiționarea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul antrenajului invers prin inel/gutiere + bărbiță și capelină | 2.243.800 | 100% | |
| 8.3 | Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ședință | 82.700 | 100% | |
| 8.4* | Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul | | | |

| | | | | |
|------|------------------------------------|-----------|------|--|
| | malformațiilor congenitale | 2.500.700 | 100% | |
| 8.5 | Șlefuirea în scop ortodontic/dinte | 75.200 | 100% | |
| 8.6* | Reparație aparat ortodontic | 200.600 | 100% | |
| 8.7 | Menținătoare de spațiu mobile | 2.000.600 | 100% | |
| 8.8 | Activare aparat ortodontic/ședință | 33.800 | 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) | 116.600 0 0 0 | 100%* | 40% |
| 9.2 | Educația pentru individualizarea tehnicilor de îndepărtare a plăcii bacteriene/ședință | 100.300 | 100% | |
| 9.3 | Periaj dentar profesional/ședință | 125.400 | 100% | |
| 9.4 | Clătiri bucale cu soluții fluorurate/ședință | 97.000 | 100% | |
| 9.5 | Fluorizări locale cu soluții/arcadă* | 82.700 | 100% | |
| 9.6 | Fluorizări locale cu lacuri/arcadă** | 116.600 | 100% | |
| 9.7 | Fluorizări locale cu geluri în conformatoare/arcadă** | 224.400 | 100% | |
| 9.8 | Sigilări ale șanțurilor și fosetelor cu glassionomeri/dinte*** | 125.400 | 100% | |
| 9.9 | Sigilări ale șanțurilor și fosetelor cu materiale compozite/dinte | 200.600 | 100% | |
| 9.10 | Educație pentru deconținerea obiceiurilor vicioase/ședință | 75.200 | 100% | |
| 9.11 | Exerciții de reeducare funcțională/ședință | 82.700 | 100% | |
| 9.12 | Exerciții de miogimnastică/ședință | 82.700 | 100% | |
| 9.13 | Tratament antiinflamator gingival fizioterapic | 75.200 | 100% | |
| 9.14 | Control oncologic preventiv confirmat | 250.700 | 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 stomatologice 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:

Competența pentru dentiști este pentru codurile:

1.1, 1.2, 1.3

2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.9, 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, 9.12, 9.13

Nota 2:

În cazul persoanelor ale căror drepturi sunt stabilite prin acte normative speciale și care beneficiază de gratuitatea serviciilor medicale stomatologice preventive și tratamentelor stomatologice suportate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, CAS decontează tariful integral prevăzut pentru serviciul respectiv, din pachetul de servicii de bază.

Nota 3:

Serviciile stomatologice prevăzute în pachetul de servicii de bază pot fi efectuate de oricare dintre medicii stomatologi, cu excepția celor de la pct. 8 "Tratamente ortodontice" menționate în notă.

Nota 4:

Codurile pentru serviciile medicale de urgență stomatologice 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

2. Pachetul minimal de servicii medicale stomatologice în ambulatoriul de specialitate de stomatologie

Se acordă servicii medicale de urgență stomatologică prevăzute la punctul 1 nota 4 de mai sus.

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

a) se acordă serviciile medicale de urgență stomatologică prevăzute la NOTA 4 de la pct.1;

b) se acordă serviciile medicale stomatologice de la pct.1, corespunzătoare copiilor cu vârste cuprinse între 0 și 18 ani.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice

ART.1 Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice 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 prezentate în **anexa nr.8** la ordin, numai dacă aceste servicii sunt efectuate în cabinetele medicale ale acestora și interpretate de medicii respectivi, luând în calcul numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și valoarea stabilită pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajat persoane autorizate de Ministerul Sănătății, altele decât medicii, să exercite profesii prevăzute în nomenclatorul de funcții al Ministerul 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. 8** la ordin, dacă sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice.

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

a) unui program de lucru de 7 ore/zi/medic, îi corespunde un număr de 28 de consultații în medie pe zi;

b) punctajul aferent serviciilor medicale și tratamentelor acordate nu poate depăși 150 de puncte în medie pe zi, corespunzător unui program de 7 ore/zi;

c) în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi/medic, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate, servicii medicale și tratamente corespunzătoare unui punctaj de 150 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi, este mai mic sau egal cu 19 consultații.

În situația în care programul de lucru este mai mic sau mai mare de 7 ore/zi, punctajul aferent numărului de servicii medicale și tratamente menționat mai sus scade sau crește corespunzător.

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

(2) Serviciile conexe actului medical, efectuate în paralel cu activitatea medicală, prestate de persoanele sau cabinetele de practică organizate conform legii, menționate

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, complementar cu activitatea corespunzătoare programului propriu de lucru. Punctajul aferent serviciilor conexe actului medical nu poate depăși 200 de puncte în medie pe zi, convenite celui care le prestează, reprezentând consultații și/sau servicii, după caz. La contractele furnizorilor de servicii medicale, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: actele doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale și furnizorul de servicii conexe actului medical, din care să reiasă calitatea de angajat sau de 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 adiționale care să conțină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii conexe actului medical, dovada acreditării acestora, avizul de liberă practică, programul de activitate, tipul de servicii conform **anexei nr.8** la ordin.

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 acordate, cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical. Numărul de puncte pentru fiecare serviciu medical este prevăzut în **anexa nr.8** la ordin.

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

a) condițiile în care se desfășoară activitatea; majorarea este cu până la 100% pe baza criteriilor aprobate prin ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vigoare.

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 anual de direcțiile de sănătate publică împreună cu casele de asigurări de sănătate.

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: acupunctură, fitoterapie și homeopatie 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, este valabilă pentru un an și este în valoare de 3.160 lei.

(4) Valoarea unui punct pe serviciu medical 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 și de numărul de puncte efectiv 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.

ART.5 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice care îndeplinesc normele de organizare și funcționare stabilite prin ordin al ministrului sănătății și sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate contravaloarea serviciilor medicale prezentate în [anexa nr.8](#) la ordin. Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate sunt cele negociate pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice și nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în [anexa nr.8](#) la ordin.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale clinice ecografii cuprinse în anexa nr.8 la ordin, în condițiile prevăzute la Nota de la Cap.I pct.1 din anexa nr.8, la tarife negociate care nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în aceeași anexă.

ART.6 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale paraclinice și de un furnizor de servicii medicale clinice (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice) 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 paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografii) și casele de asigurări de sănătate se stabilește în limita numărului de investigații paraclinice necesar pe total județ, determinat de casele de asigurări de sănătate, direcțiile de sănătate publică și de consiliile județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinație. La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de analize medicale de laborator, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere criteriile de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice care sunt prevăzute în [anexa nr.11](#) la ordin.

(2) Numărul investigațiilor paraclinice negociat este orientativ, existând obligația încadrării în valoarea totală a contractului/actului adițional, defalcată pe trimestre. În cazul în care cererea de investigații paraclinice conduce la depășirea valorii aferente unei luni din valoarea totală a contractului/actului adițional, investigațiile solicitate se vor efectua pentru cazurile de urgență medicală stabilite de medicul ce a făcut trimiterea și care are obligația de a preciza acest lucru în biletul de trimitere, pentru cazurile care nu sunt urgențe medicale, furnizorii de investigații paraclinice întocmesc liste de așteptare. Lista investigațiilor paraclinice corespunzătoare cazurilor de urgență medicală este prevăzută în anexa nr.8 la ordin. Casele de asigurări de sănătate analizează aceste situații și vor încheia cu furnizorii de servicii medicale paraclinice un act adițional de suplimentare a valorii contractate, utilizând sumele neconsumate de către alți furnizori de servicii paraclinice și/sau diferența de 10% din suma prevăzută pentru serviciile medicale paraclinice ce nu a fost contractată, cu încadrarea în limita fondului aprobat cu această destinație.

(3) 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.

ART.7 (1) Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice 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 paraclinice. Furnizorul de servicii medicale paraclinice păstrează un exemplar și depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității. Modelul biletului de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prezentat în anexa nr.12 la ordin, este unic pe țară, utilizarea acestuia fiind obligatorie.

(2) Furnizorul de servicii medicale paraclinice, în situația în care nu poate efectua toate serviciile paraclinice conform biletului de trimitere sau le efectuează contra cost la cererea pacientului, va anula cu o linie pe cele două exemplare serviciile paraclinice neefectuate, fără a avea posibilitatea înlocuirii sau a adăugării altor investigații paraclinice.

(3) 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.

ART.8(1) Suma contractată de centrele de referință de diagnostic imagistic cu casa de asigurări de sănătate din raza administrativ-teritorială în care acestea își au sediul, pentru acordarea unui pachet de servicii medicale de înaltă performanță prevăzute în **cap.II** din anexa nr.8 la ordin, se stabilește prin negociere în funcție de volumul de servicii medicale estimat ca necesar pentru asigurați, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care aceștia virează contribuția de asigurări sociale de sănătate. Suma fixă negociată pentru pachetul de servicii medicale și trecută în contract se defalchează pe trimestre și luni și se suportă din fondul aprobat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

(2) Suma lunară pentru furnizarea serviciilor medicale de înaltă performanță cuprinse în pachetul negociat se acordă cu condiția asigurării continuității furnizării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii contractat, a asigurării calității serviciilor furnizate și satisfacerii tuturor solicitărilor de servicii medicale din partea unităților spitalicești pentru asigurații internați și a celor recomandate de medicii de specialitate din ambulatoriu, pentru volumul de servicii medicale negociat și contractat pe tipuri de servicii.

(3) Facturile emise vor fi însoțite de fișele tip pentru persoanele asigurate beneficiare ale serviciilor medicale efectiv prestate și de numărul de servicii medicale care au stat la baza stabilirii sumei fixe negociate pentru luna pentru care se face decontarea.

ART.9 Serviciile de înaltă performanță (RMN și CT) se acordă în baza documentelor de solicitare pentru astfel de servicii, prevăzute în **anexa nr.19 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.

ART.10 Lista serviciilor medicale stomatologice preventive și a tratamentelor stomatologice, tarifele pentru fiecare serviciu medical stomatologic, serviciile medicale stomatologice pentru care se încasează contribuție personală din partea asiguratului și condițiile acordării acestora sunt prevăzute în **anexa nr.8** la ordin.

ART.11 (1) Decontarea serviciilor medicale stomatologice furnizate se face în limita sumei contractate de fiecare cabinet medical stomatologic cu casa de asigurări de sănătate din raza administrativ-teritorială în care cabinetul medical stomatologic își are sediul, defalcată trimestrial. Fac excepție de la prevederile de mai sus și se decontează la nivelul realizărilor:

- a) serviciile medicale stomatologice de urgență;
- b) serviciile medicale de pedodonție și ortodonție acordate copiilor sub 18 ani.

(2) La stabilirea sumei contractate se au în vedere:

- a) 90% din suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii stomatologice ;
- b) numărul de medici stomatologi și dentiști care sunt în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate;
- c) gradul profesional. Pentru medicul primar, suma stabilită conform lit.a) și b) se majorează cu 20% iar pentru medicul care nu a obținut un grad profesional, această sumă se diminuează cu 20%.

(3) Programul de activitate al cabinetului stomatologic se stabilește în condițiile prevăzute la **art.38** alin.(3) din contractul-cadru.

(4) Suma defalcată trimestrial se regularizează în funcție de serviciile stomatologice prestate și raportate. La regularizarea trimestrială se au în vedere: fondul trimestrial aferent cu această destinație, sumele neconsumate în trimestrul respectiv și în cel anterior, sumele cu care s-a depășit suma corespunzătoare trimestrului anterior. Sumele cu care se depășesc la sfârșitul anului prevederile contractului ca urmare a serviciilor prevăzute ca excepție la alin.(1) se regularizează conform legislației în vigoare.

(5) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele stomatologice pot întocmi pentru asigurații în vârstă de peste 18 ani liste de așteptare pentru furnizarea serviciilor stomatologice. În cazul în care listele de așteptare depășesc 60 de zile pentru un asigurat, casele de asigurări de sănătate vor revedea suma prevăzută trimestrial, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație, potrivit alin.(2) lit.a).

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 stomatologic direct către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

ART.13 Radiografia dentară se decontează direct medicului stomatolog, dacă are competența necesară să efectueze serviciul medical respectiv, sau medicului radiolog, pe baza tarifelor prevăzute în [anexa nr.8](#) la ordin.

ART.14 Casele de asigurări de sănătate țin evidența serviciilor stomatologice pe fiecare asigurat.

ART.15 Reprezentantul legal facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar și depune la casa de asigurări de sănătate în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare, întreaga activitate realizată, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART.16 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor bănești convenite medicilor de specialitate.

(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 cazul erorilor de calcul constatate la raportarea serviciilor paraclinice și stomatologice, fondul aferent acestor servicii din trimestrul în care se constată eroarea se majorează sau se diminuează cu suma corespunzătoare erorilor constatate în trimestrul anterior.

(4) 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.

ART.17 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice care nu se regăsesc în [anexa nr. 8](#) 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 așteptare 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.18(1) În cabinetele medicale/laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr.124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată cu completările ulterioare, 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**. Drepturile salariale ale personalului angajat se stabilesc prin negociere respectând prevederile Contractului colectiv de muncă la nivel de ramură sanitară și asistență socială și în limita venitului realizat de medicul din ambulatoriul de specialitate. Medicul de specialitate are obligația să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru aceste categorii de personal. Medicii sau dentiștii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitățile clinice și stomatologice pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, folosind formularul-tip 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 cabinetele medicale individuale organizate conform **Ordonanței Guvernului nr.124/1998**, republicată cu completările ulterioare, 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.19 Persoanele care își desfășoară activitatea în cabinetul/laboratorul medical beneficiază de plata concediilor medicale și de plata concediilor pentru creșterea copilului în vârstă de până la 2 ani, conform reglementărilor în vigoare din legislația privind asigurările sociale. Persoanele încadrate cu contract individual de muncă beneficiază și de plata concediilor de odihnă și de alte concedii ale salariaților, potrivit legii.

ART.20 Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform **Ordonanței Guvernului nr.124/1998**, republicată cu completările ulterioare, 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.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 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 aceste prilej.

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 – o dată pe lună, în primele 3 luni de la externarea din spital
2. Angină instabilă – o dată pe lună timp de 3 luni de la stabilizare
3. Purtătorii de proteze valvulare și pace-maker
4. Malformații congenitale și boli genetice
5. Insuficiență renală cronică sub dializă
6. Insuficiență cardiacă clasa III - IV NYHA
7. Poliartrită reumatoidă, inclusiv formele sale clinice (sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă)
8. Bolile de colagen-vasculare (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
9. Leucemiile acute (limfoide și nonlimfoide)
10. Leucemia mieloidă cronică
11. Leucemia limfatică cronică
12. Aplazia medulară
13. Mielomul multiplu
14. Limfoame non-Hodgkin nodale și extranodale
15. Boala Hodgkin
16. Anemii hemolitice endo- și exoeritrocitare
17. Trombocitemia hemoragică
18. Talasemia
19. Histiocitozele
20. Mastocitoza malignă
21. Telangectazia hemoragică ereditară
22. Purpura trombocitopenică idiopatică
23. Trombocitopatii
24. Purpura trombotică trombocitopenică
25. Boala von Willebrand
26. Coagulopatiile ereditare
27. Tumori mamare
28. Tumori maligne - pe durata tratamentului oncologic
29. Tumori cu potențial malign până la elucidarea diagnosticului
31. Diabet zaharat sub tratament cu insulină și/sau antidiabetice orale
32. Cirozele hepatice decompensate și compensate
33. Boala Wilson
34. Malaria
35. Tuberculoza
36. Mucoviscidoza
37. Boala Addison

- 38. Diabet insipid
- 39. Psihoze
- 40. Miastenia gravis
- 41. Boala Parkinson
- 42. Hemofilie
- 43. Bolnavi cu revascularizație percutanată, cu stimuloare cardiace, cu proteze valvulare, cu by-pass coronarian
- 44. Status posttransplant de organe
- 45. Afecțiuni postoperatorii și ortopedice până la vindecare
- 46. Consultație planificare familială - o consultație la un interval de minimum 3 luni
- 47. Gravide cu risc obstetrical crescut
- 48. Prematuritatea (în primul an de viață)
- 49. Malnutriție proteinergetică (în primii 3 ani de viață)
- 50. Anemiile carentiale (până la normalizarea hematologică și biochimică)
- 51. Rahitismul evolutiv, forma moderată și gravă (până la vindecarea radiologică și biochimică)
- 52. Astm bronșic
- 53. Hepatite virale (acute și cronice)
- 54. Alte situații la recomandarea comisiilor de specialitate ale Colegiului Medicilor din România, cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

NOTĂ:

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. în intervalul de timp (între 2 prezentări) până la o nouă consultație, bolnavul nu trebuie monitorizat de către medicul de familie și numai dacă face dovada (printr-o scrisoare medicală) că a fost luat în evidență de către medicul de familie.
2. pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcție de parametrii de monitorizare
3. medicul de specialitate trebuie să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit schimbări în evoluția bolii și în atitudinea terapeutică

CRITERII DE SELECTIE

privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice – analize medicale de laborator - stabilit pe total județ de către casele de asigurări de sănătate, direcțiile de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București și de consiliile județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București,
pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

Furnizorii de analize medicale de laborator care nu îndeplinesc prevederile Ordinului ministrului sănătății nr.609/12.08.2002 pentru aprobarea normelor de autorizare și funcționare a laboratoarelor care efectuează analize medicale în sistem ambulatoriu nu vor putea participa la contractarea numărului de analize medicale de laborator stabilit pe total județ.

Condițiile obligatorii de selecție a unui laborator de analize medicale pentru a încheia contract cu casa de asigurări de sănătate sunt:

1. Autorizația sanitară de funcționare a laboratorului și punctelor de lucru, după caz, la care se atașează:

- a) pentru fiecare dispozitiv de lucru, copie după:
 - certificatul de omologare al Ministerului Sănătății,
 - certificatul de control metrologic emis de Biroul Metrologic,
 - certificatul de conformitate emis de firma producătoare
- b) copia contractului/contractelor de service
- c) copie după evidența controlului intern.

2. Să efectueze analizele medicale de laborator obligatorii prevăzute în anexa nr.8.

La laboratoarele clinice de analize medicale, analizele se defalcă pe următoarele grupe de analize:

- I. Hematologie, serologie, biochimie, imunologie (sunt cuprinse analizele medicale din anexa nr.8 la „Hematologie”, „Biochimie” și „Imunologie” precum și cele de la pozițiile nr.81, 85 și 86)
- II. Microbiologie (celelalte poziții decât cele nominalizate la grupa I)

La stabilirea numărului de analize medicale de laborator ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator care îndeplinesc prevederile menționate mai sus, se au în vedere, cu prioritate, următoarele criterii:

Criteriul de evaluare, care se clasifica in:

1. criteriul de competență
2. criteriul financiar
3. criteriul de acoperire teritorială

4. criteriul de activitate
5. criteriul de diversitate
6. criteriul de colaborare.

Fiecărui criteriu îi este atribuit un punctaj de la 1 la 100 și o pondere de importanță în totalul criteriilor de evaluare.

1. Criteriul de competență

Ponderea acestui criteriu este de 35%.

Evaluarea laboratoarelor de analize medicale se va efectua prin inspectarea acestora de către o echipă de medici a casei de asigurări de sănătate, care va întocmi un proces verbal în care se vor consemna datele și punctajele corespunzătoare în conformitate cu prevederile ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.599/470/2001 privind aprobarea criteriilor de selecție a furnizorilor de servicii ambulatorii de laborator, precum și a Metodologiei de evaluare a laboratoarelor de analize medicale din ambulatoriul de specialitate.

Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de la 1 la 100, stabilit în concordanță cu punctajul obținut în urma evaluării. Punctaj 1 reprezintă punctajul minim, iar punctaj 100 reprezintă punctajul maxim.

2. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 35%.

Criteriul financiar se referă la tarifele propuse de furnizorii de analize medicale de laborator.

Tarifele propuse de către furnizorii de analize medicale de laborator pentru contractarea serviciilor medicale paraclinice cu casele de asigurări de sănătate trebuie fundamentate, iar nivelul acestora nu trebuie să depășească tarifele maxime, prevăzute în anexa nr.8 la ordin.

Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de la 1 la 100. Punctaj 1 reprezintă tariful maxim, iar punctaj 100 reprezintă tariful minim pentru fiecare tip de analiză medicală.

Furnizorii de analize medicale de laborator care prezintă fundamentarea tarifelor propuse incorect întocmită sau tarifele propuse depășesc tarifele maxime cuprinse în anexa nr.8 la ordin, sunt respinși de la contractare.

3. Criteriul de acoperire teritorială

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Determinarea capacității de acoperire teritorială cu servicii de către laboratoarele de analize medicale se face potrivit următoarelor criterii:

a) Dispersia teritorială

Dispersia teritoriala se determină ca raport între numărul punctelor de recoltare permanente ale furnizorului, înființate conform reglementărilor legale în vigoare și numărul total de puncte de recoltare înființate conform reglementărilor legale în vigoare, ale tuturor furnizorilor.

Astfel,

$$DT = \frac{NF}{NTF}$$

unde,

DT = Dispersia teritoriala

NF= numărul punctelor de recoltare permanente ale furnizorului

NTF= numărul total de puncte de recoltare ale tuturor furnizorilor

Dispersia teritorială se apreciază cu un punctaj de la 1 la 100, cu cât raportul este mai mare, cu atât punctajul acordat este mai mare.

Punctaj 1 reprezintă raportul minim, iar punctaj 100 reprezintă raportul maxim.

b) Acoperirea zonelor deficitare din punct de vedere al furnizării analizelor medicale de laborator

Acoperirea zonelor deficitare din punct de vedere al furnizării analizelor medicale de laborator se determină prin raportul dintre numărul de analize medicale de laborator propuse a se efectua de furnizor în zonele deficitare și numărul total de analize medicale de laborator stabilit ca fiind necesar în zonele respective.

Astfel,

$$AZD = \frac{NAP}{NTA}$$

unde,

AZD = acoperirea zonelor deficitare din punct de vedere al furnizării analizelor medicale de laborator

NAP= numărul de analize medicale de laborator propuse a se efectua de furnizor în zonele deficitare

NTA= numărul total de analize medicale de laborator stabilit ca fiind necesar în zonele deficitare

Acoperirea zonelor deficitare din punct de vedere al furnizării analizelor medicale de laborator se apreciază cu un punctaj de la 1 la 100, cu cât raportul este mai mare, cu atât punctajul acordat este mai mare.

Punctaj 1 reprezintă raportul minim, iar punctaj 100 reprezintă raportul maxim.

Pentru aprecierea cumulativa a criteriilor de acoperire teritoriala se va face media aritmetica intre punctajul aferent dispersiei teritoriale și punctajul aferent acoperii zonelor deficitare din punct de vedere al furnizării analizelor medicale de laborator.

4. Criteriul de activitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Criteriul de activitate se stabilește ca raport între valoarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice încheiat de furnizor cu casa de asigurari de sănătate in anul precedent si valoarea cifrei de afaceri realizata din servicii medicale paraclinice in anul precedent.

Astfel,

$$CA = \frac{VCA}{CAA}$$

unde,

CA = criteriul de activitate

VCA = valoarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice încheiat de furnizor cu casa de asigurari de sănătate in anul precedent

CAA = valoarea cifrei de afaceri pentru serviciile medicale paraclinice in anul precedent

Criteriul de activitate se apreciază cu un punctaj de la 1 la 100, cu cat raportul este mai mare, cu atât punctajul acordat este mai mic.

Punctaj 1 reprezintă raportul maxim, iar punctaj 100 reprezintă raportul minim.

5. Criteriul de diversitate

Ponderea acestui criteriu este de 8%.

Criteriul de diversitate a analizelor medicale de laborator se determina ca raport între numărul de tipuri de analize medicale de laborator propuse de furnizor pentru contractare si numărul total de tipuri de analize din anexa nr.8 la ordin.

Astfel,

$$CD = \frac{NTPF}{NTTAN}$$

unde,

CD = criteriul de diversitate

NTPF = numărul de tipuri de analize medicale de laborator propuse de furnizor pentru contractare

NTTAN = numărul total de tipuri de analize din anexa nr.8 la ordin

Criteriul de diversitate se apreciază cu un punctaj de la 1 la 100, cu cat raportul este mai mare, cu atât punctajul acordat este mai mare.

Punctaj 1 reprezintă raportul minim, iar punctaj 100 reprezintă raportul maxim.

6. Criteriul de colaborare

Criteriul de colaborare cuprinde: criteriul de corectitudine si criteriul de concordanță.

Ponderele acestui criteriu este de 2%.

a) Criteriul de corectitudine

Criteriul de corectitudine se determina ca raport între numărul de analize medicale de laborator respinse/imputate de către casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract în anul precedent si numărul de analize medicale de laborator raportate de către furnizor în anul precedent.

Astfel,

$$CC = \frac{NARI}{NARF}$$

unde,

CC = criteriul de corectitudine

NARI = numărul de analize medicale de laborator respinse/imputate de casa de asigurări de sănătate

NARF = numărul de analize medicale de laborator raportate de catre furnizor

Criteriul de corectitudine se apreciaza cu un punctaj de la 1 la 100, cu cat raportul este mai mare, cu atat punctajul este mai mare.

Punctaj 1 reprezinta raportul maxim iar punctaj 100 reprezinta raportul minim.

b) Criteriul de concordanta

Criteriul de concordanță se determina ca raport între numărul tipurilor de analize medicale de laborator efectuate si raportate de furnizor la casa de asigurări de sănătate în anul precedent si numărul tipurilor de analize medicale de laborator contractate de furnizor cu casa de asigurări de sănătate in anul precedent.

Astfel,

$$CCO = \frac{NTAER}{NTAC}$$

unde,

CCO = criteriul de concordanta

NTAER = numărul tipurilor de analize medicale de laborator efectuate si raportate de furnizor în anul precedent

NTAC = numărul tipurilor de analize contractate in anul precedent

Criteriul de concordanță se apreciază cu un punctaj de la 1 la 100, cu cat raportul este mai mare, cu atât punctajul acordat este mai **mic**.

Punctaj 1 reprezintă raportul minim, iar punctaj 100 reprezintă raportul maxim.

Pentru aprecierea cumulativa a criteriului de colaborare se va face media aritmetica între punctajul aferent criteriului de corectitudine și punctajul aferent criteriului de concordanță.

Furnizorilor de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator nou intrați in relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, nu li se aplică prevederile de la pct.6 – criteriul de colaborare.

Pe baza punctajului obținut ca urmare a aplicării prevederilor de la pct.1 - 6 se stabilește ierarhia furnizorilor de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator.

La repartizarea numărului de analize medicale de laborator pe furnizori au prioritate furnizorii care au obținut cel mai mare punctaj total.

În situatia în care fondul aferent serviciilor medicale paraclinice – analize medicale de laborator nu acoperă numărul serviciilor medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate contractează cu furnizorii numai pâna la nivelul fondului cu această destinație.

| | | | |
|--|--|-------------------------|---|
| (Cabinetul medical) | BILET DE TRIMITERE Pentru analize medicale decontate de C.A.S. | Nivel de prioritate | |
| | | URGENTA | <input type="checkbox"/> Curente <input type="checkbox"/> |
| | | Asistent (Nume/cod ) | ..... ..... |

| | | |
|---------------------------|----------------|--------------------|
| DATE IDENTIFICARE PACIENT | Nume | Prenume |
| CNP | Sex | Varsta |
| | F | Ani |
| | M | Luni |
| Localitate | Judet (Sector) | Str. |
| | | Nr. |
| Beneficiar: | Pachet de baza | Pachet facultativ* |

| | | |
|-----------------------|----------------------|--|
| DATE MEDIC EXAMINATOR | Nume | Prenume |
| | Nr. cod parafa | Nr. contract cu C.A.S. |
| Cod diagnostic**) | Diagnostic prezumtiv | |
| Comentarii clinice: | | (Data, semnatura si parafa medicului examinator) |
| | | |

ANALIZE RECOMANDATE :

*) Pachet de servicii medicale paraclinice pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

***) Cod diagnostic prezumtiv sau cunoscut

Semnătura asiguratului
 pentru confirmarea efectuării investigațiilor

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, reprezentata prin președinte - director general,

și

- Cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr.124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificările ulterioare:

- cabinet individual, reprezentat prin medicul titular
- cabinet asociat sau grupat, reprezentat prin medicul delegat
- societate civila medicala, reprezentata prin administratorul
- unitate medico-sanitara cu personalitate juridica ce se înființează potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările ulterioare....., reprezentata prin
- unitate sanitara ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii, reprezentata prin
- ambulatoriu de specialitate din structura spitalului, din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;
- centru de diagnostic si tratament si centru medical - unitate cu personalitate juridica, reprezentat prin.....;
- ambulatoriu de spital din structura spitalului,, reprezentat prin..... în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;
- unitate sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului reprezentată prin în calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte

cu certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicalenr.sau actul de înființare/organizare a unității sanitare.....autorizație sanitara nr., având sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon

cont nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr..... deschis la Banca, cod fiscalsau cod numeric personal al reprezentantului legal, copie după dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru fiecare medic pe care îl reprezintă, certificatul de acreditare al furnizorului nr.....

II. Obiectul contractului

ART.1 - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale 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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 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 clinice prestează 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.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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003, în următoarele specialități și competențe:

- 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 2004.

ART.5 - Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toata durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

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 ambulatorii de specialitate autorizați și acreditați și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților;

b) să controleze serviciile medicale acordate asiguraților de către furnizorii de servicii medicale în cadrul activității desfășurate în asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, conform contractelor încheiate cu aceștia;

c) să verifice modul în care se prescriu medicamentele și modul în care se recomandă investigațiile paraclinice de către furnizorii de servicii medicale în asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, în conformitate cu reglementările în vigoare;

d) să deconteze furnizorilor de servicii medicale contravaloarea serviciilor contractate și prestate, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile acordate asiguraților, prezentate atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic, pe fiecare asigurat în parte, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în urma verificării acestora;

e) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale pentru specialitățile clinice în asistenta medicală ambulatorie de specialitate asupra condițiilor de contractare, să facă publică valoarea definitivă a punctului rezultată în urma regularizării trimestriale, atât prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

f) să asigure un sistem permanent de informare a asiguraților asupra drepturilor pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;

g) să monitorizeze numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se află în relație contractuală, pe codul numeric personal (CNP) al fiecărui asigurat;

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART.7 - Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să acorde servicii de asistenta medicala ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, cu excepția urgentelor și a afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate;

b) să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte condițiile de prescriere a medicamentelor prevăzute în Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman, conform reglementărilor în vigoare, ca urmare a unui act medical propriu. Medicamentele prescrise și investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul;

c) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medicală, ori de câte ori se solicită aceste servicii medicale;

d) să ofere relații asiguraților despre serviciile acordate, precum și despre modul în care vor fi furnizate acestea și să acorde consilierea în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;

e) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora;

f) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale acordate asiguraților. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate, prezentate atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic pe fiecare asigurat în parte, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de facturare o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru poate conduce la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

g) să respecte normele de raportare a bolilor, conform prevederilor legale în vigoare;

h) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat a medicului de specialitate și a unității sanitare, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală;

i) să își stabilească programul de activitate și să îl afișeze la loc vizibil la cabinetul medical, cu respectarea prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 și a normelor metodologice de aplicare a acestuia și să stabilească programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

j) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct, despre diagnosticul și tratamentele recomandate; să transmită rezultatele investigațiilor paraclinice medicului de familie la care este înscris asiguratul;

k) să acorde servicii medicale de specialitate tuturor asiguraților, fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

l) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare a datelor care au stat la baza încheierii contractului cu aceasta;

m) să acorde asistența medicală asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția de asigurări sociale de sănătate pentru aceștia;

n) să nu încaseze de la asigurați contribuție personală pentru serviciile medicale furnizate care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor și condițiilor prevăzute în norme;

o) să afișeze la loc vizibil la cabinetul medical numele casei sau caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale;

p) să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare;

r) să pună la dispoziția asiguraților la nivelul cabinetului medical pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, potrivit legii precum și obligațiile furnizorului de servicii medicale în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

VI. Modalitati de plată

ART.8 - (1) Modalitatea de plată în asistenta medicală de specialitate din ambulatoriu este tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte și în lei, după caz.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară, este valabilă pentru un an și este în valoare de lei.

ART.9 - (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, la valoarea minimă garantată a unui punct, în termen de maximum 20 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de.....

La finele fiecărui trimestru, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor cuvenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct. Valoarea definitivă a punctului poate suferi influențe, după caz, și în condițiile aplicării art. 37 din Legea nr. 507/2003 a bugetului de stat pe anul 2004.

(2) Valoarea definitivă a unui punct se diminuează pentru trimestrul în care se constată abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fara contribuție din partea asiguratului si/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate precum și nerespectarea programului de lucru stabilit, pentru fiecare situație, după cum urmează:

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

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical si fiecare medic de specialitate din componenta cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: Prenume:
Grad profesional:
Specialitatea:
Cod numeric personal:
Codul medicului:
Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:
Grad profesional:
Specialitatea:
Cod numeric personal:.....
Codul medicului:
Program zilnic de activitateore/zi

c)

.....

.....

ART.10 - Numărul de puncte calculat conform 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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003, 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 asistenței medicale acordate asiguraților elaborate conform legii.

VIII. Răspunderea contractuală

ART.12 - Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpa datorează celeilalte părți daune-interese.

ART.13 - În cazul în care termenele de plată prevăzute la art.9 alin.(1) nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

ART.14 - Clauza specială

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

(2) Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră 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. Contravenții

ART.15 - Refuzul furnizorilor de servicii medicale de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidenta a serviciilor furnizate si documentele în baza cărora se decontează serviciile realizate conduce la amânarea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale prestate până la îndeplinirea acestei obligații.

X. Încetarea contractului

ART.16 - Contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisa de casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

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

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

c) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia ori încetarea acreditării furnizorului;

d) nerespectarea termenelor de raportare, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate conform prezentului contract, pe baza documentelor de raportare, pentru o perioada de maximum doua luni consecutive în cadrul unui trimestru;

e) o dată cu prima constatare după aplicarea de trei ori a măsurii de diminuare a valorii definitive a punctului, pentru abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție personala din partea asiguratului si/sau pentru recomandări nejustificate de investigații paraclinice sau nerespectarea programului de lucru stabilit;

f) în cazul în care se constata încasarea de contribuție personala de la asigurați pentru serviciile medicale care se suporta integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor si condițiilor prevăzute în norme.

ART.17 - Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

a) cabinetul medical se muta din teritoriul de funcționare;

b) a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;

c) daca medicul renunța sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

d) încetarea activității prin faliment, dizolvare, lichidare, în cazul cabinetelor medicale organizate potrivit art.15 din Ordonanța Guvernului nr.124/1998 privind organizarea si funcționarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificările ulterioare;

e) încetarea definitiva a activității casei de asigurări de sănătate;

f) acordul de voința al părților;

g) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al cabinetului medical 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;

ART.18 – (1) Situațiile prevăzute la art.16 și la art.17 lit.b) - e) 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.17 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.19 - Prezentul contract poate fi reziliat de către partile contractante pentru neîndeplinirea 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.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 partilor.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca, în termen de 3 zile 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 - În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intra în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART.22 - Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

ART.23 - (1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Partile convin că orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțința spiritului contractului.

(2) Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare 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.

ART. 24- 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 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.25 - (1) Litigiile născute în legătura 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 centrale de arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii.

ART.26 - Hotărârile Comisiei centrale de arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

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 ASIGURARI DE SANATATE

Președinte - Director general,
.....

Director adjunct economic,
.....

Director adjunct relații contractuale,
.....

FURNIZOR DE SERVICII
MEDICALE

Reprezentant legal,
.....

Vizat,
Oficiul juridic

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice – echografii efectuate de medici de specialitate din specialitățile clinice – se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat

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, reprezentata prin președinte - director general,

și

- Laboratorul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr.124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificările ulterioare:

- laborator individual, reprezentat prin medicul titular

- laborator asociat sau grupat, reprezentat prin medicul delegat

- societate civila medicala, reprezentata prin administratorul

- unitate medico-sanitara cu personalitate juridica ce se înființează potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată cu modificările ulterioare, reprezentata prin

- unitate sanitara ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitara proprie, reprezentata prin

- ambulatoriu de specialitate din structura spitalului aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitara proprie, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte,

- centru de diagnostic și tratament și centru medical/unitate cu personalitate juridica, reprezentat prin.....;

- centru de referință, reprezentat prin.....;

- ambulatoriu de spital din structura spitalului reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte

cu certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicalenr.sau actul de înființare/organizare a unității sanitare.....autorizație sanitara nr., având sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, cont nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr..... deschis la

Banca, cod fiscalsau codul numeric personal al reprezentantului legal, copie după dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru fiecare medic pe care îl reprezintă, certificatul de acreditare al furnizorului nr.....

II. Obiectul contractului

ART.1 - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 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.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 asistentei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003, în următoarele specialități:

- a)
- b)
- c)
-

ART.3 - Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice se face de către următorii medici:

- a) Medic
Nume.....Prenume.....
Specialitatea.....
Cod numeric personal
- b) Medic
Nume.....Prenume.....
Specialitatea.....
Cod numeric personal
- c) Medic
Nume.....Prenume.....
Specialitatea.....
Cod numeric personal
- Program zilnic de activitate:

c)

IV. Durata contractului

ART.4 - Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2004.

ART.5 - Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toata durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

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 acreditați și să facă publică lista acestora, pentru informarea asiguraților;

b) să controleze serviciile medicale acordate asiguraților de către furnizorii de servicii medicale în cadrul activității desfășurate în asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, conform contractelor încheiate cu aceștia;

c) să deconteze serviciile medicale acordate asiguraților, furnizorilor de servicii medicale paraclinice contravaloarea serviciilor contractate și prestate, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile acordate asiguraților, prezentată atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic pe fiecare asigurat în parte, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în urma verificării acestora;

d) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale paraclinice din asistenta medicala ambulatorie de specialitate asupra condițiilor de contractare;

e) să asigure un sistem permanent de informare a asiguraților asupra drepturilor pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat;

f) să monitorizeze numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se află în relație contractuală, pe codul numeric personal (CNP) al fiecărui asigurat;

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART.7 - Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să acorde asiguraților servicii medicale paraclinice numai pe baza biletului de trimitere;

b) să ofere relații asiguraților despre serviciile acordate și despre modul în care vor fi furnizate acestea;

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 casa de asigurări de sănătate, serviciile medicale acordate asiguraților. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate, prezentate atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic, pe fiecare asigurat în parte, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de facturare o perioadă de maximum doua luni

consecutive în cadrul unui trimestru poate conduce la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

e) sa respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a unității sanitare, în limitele de calitate impuse de activitatea medicala;

f) sa își stabilească programul de activitate și să îl afișeze la loc vizibil la laboratorul medical, cu respectarea prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 și a normelor metodologice de aplicare a acestuia și să stabilească programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

g) sa informeze medicul de familie și medicul de specialitate, prin scrisoare medicala expediata direct, despre rezultatele investigațiilor prescrise;

h) sa acorde servicii medicale de specialitate paraclinice tuturor asiguraților, fără nici o discriminare;

i) sa anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare a datelor care au stat la baza încheierii contractului cu aceasta;

j) sa efectueze investigații paraclinice asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția de asigurări sociale de sănătate pentru aceștia;

k) sa nu încaseze de la asigurați contribuție personala pentru investigațiile paraclinice furnizate care se suporta integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor și condițiilor prevăzute în norme;

l) sa afișeze la loc vizibil, la laboratorul medical numele casei sau caselor de asigurari de sănătate cu care se afla în relații contractuale;

m) să pună la dispoziția asiguraților la nivelul laboratorului medical pachetul de servicii de bază și pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate precum și obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

n) să-și organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

VI. Modalități de plata

ART.8 Modalitatea de plata în asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este:

a) tarif pe serviciu medical cuantificat 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.

Suma anuală contractată este lei,

din care:

- trimestrul I lei
- trimestrul II lei
- trimestrul III lei
- trimestrul IV lei.

b) sumă fixă negociată anuală pentru centrele de referințălei,

din care:

- trimestrul I lei
- trimestrul II lei
- trimestrul III lei
- trimestrul IV lei.

ART.9 – (1) Decontarea acestor servicii se face lunar în termen de maximum 20 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de

(2) Contravaloarea serviciilor medicale paraclinice se diminuează pentru trimestrul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, după cum urmează:

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

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART.10 - Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea asistenței medicale acordate asiguraților elaborate conform legii.

VIII. Răspunderea contractuală

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

ART.12 - În cazul în care termenele de plată prevăzute la art.9 alin.(1) nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

IX. Clauza 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 invoca forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră 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 invoca 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.

X. Contravenții

ART.14 - Refuzul furnizorilor de servicii medicale de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele în baza cărora se decontează serviciile realizate conduce la amânarea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale prestate până la îndeplinirea acestei obligații.

XI. Încetarea contractului

ART.15 - Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă de casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

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

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

c) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia ori încetarea acreditării furnizorului;

d) nerespectarea termenelor de raportare, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate conform prezentului contract, pe baza documentelor de raportare, pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru;

e) în cazul în care se constată încasarea de contribuție personală de la asigurați pentru serviciile medicale paraclinice care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor și condițiilor prevăzute în norme;

f) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurii de diminuare a contravalorii serviciilor paraclinice pentru nerespectarea programului de lucru stabilit.

ART.16 - Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

a) laboratorul medical se mută din teritoriul de funcționare;

b) a survenit decesul reprezentantului legal al laboratorului medical;

c) daca medicul renunța sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

d) încetarea activității prin faliment, dizolvare, lichidare, în cazul laboratoarelor medicale organizate potrivit art.15 din Ordonanța Guvernului nr.124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicata cu modificările ulterioare;

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

f) acordul de voință al părților;

g) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al laboratorului medical 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.

ART.17 - (1) Situațiile prevăzute la art.15 și la art.16 lit.b) - e) se constata 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 notifica casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART.18 - Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante, pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XII. Corespondenta

ART.19 - (1) Corespondenta 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 din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XIII. Modificarea contractului

ART.20 - (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intra 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 condițiile aplicării art. 37 din Legea nr. 507/2003 a bugetului de stat pe anul 2004, în limita fondului aferent asistenței medicale ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART.21 - (1) Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie înlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cât mai cu putința spiritului contractului.

(2) Daca expira termenul de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toata durata de valabilitate a contractului.

ART. 22- Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

XIV. Soluționarea litigiilor

ART.23 - (1) Litigiile născute în legătura cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin.(1) sunt de competența Comisiei centrale de arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii.

ART.24 Hotărârile Comisiei centrale de arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XV. Alte clauze

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

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE

Președinte - Director general,
.....

Director adjunct economic,
.....

Director adjunct relatii contractuale,
.....

FURNIZOR DE SERVICII
MEDICALE

Reprezentant legal,
.....

Vizat
Oficiul juridic

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru
specialitățile stomatologice

I. Partile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentata prin președinte - director general,

și

- Cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr.124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificările ulterioare:

- cabinet individual, reprezentat prin medicul/dentistul titular

- cabinet asociat sau grupat, reprezentat prin medicul delegat

- societate civila medicala, reprezentata prin administratorul

- unitate medico-sanitara cu personalitate juridica ce se înființează potrivit prevederilor Legii nr.31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările ulterioare, reprezentata prin

- unitate sanitara ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii, reprezentata prin

- ambulatoriu de specialitate din structura spitalului, din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești reprezentat prin, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

- centru de diagnostic si tratament si centru medical - unitate cu personalitate juridica, reprezentat prin.....;

- ambulatoriul de spital din structura spitalului, indiferent de sediu, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte,

cu certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicalenr.sau actul de înființare/organizare a unității sanitare.....autorizație sanitara nr., având sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, cont nr., deschis la Trezoreria statului sau cont nr..... deschis la Banca, cod fiscalsau codul numeric personal al reprezentantului legal, copie după dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru fiecare medic pe care îl reprezintă, certificatul de acreditare al furnizorului nr.....

II. Obiectul contractului

ART.1 - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile stomatologice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 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 stomatologice prestează asiguraților serviciile medicale stomatologice cuprinse 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, prevăzute în anexa 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 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003, în următoarele specialități:

- a)
- b)
- c)
-

ART.3 - Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile stomatologice 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 2004.

ART.5 - Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat, prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

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 stomatologice autorizați și acreditați și să facă publică lista acestora, pentru informarea asiguraților;
- b) să controleze serviciile medicale acordate asiguraților de către furnizorii de servicii medicale în cadrul activității desfășurate în asistenta medicala ambulatorie stomatologică, conform contractelor încheiate cu aceștia;
- c) să verifice modul în care se prescriu medicamentele de către furnizorii de servicii medicale în asistenta medicala ambulatorie stomatologică, în conformitate cu reglementările în vigoare;
- d) să deconteze serviciile medicale acordate asiguraților, furnizorilor de servicii medicale stomatologice contravaloarea serviciilor contractate și prestate, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile acordate asiguraților, prezentate atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic, pe fiecare asigurat în parte, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în urma verificării acestora;
- e) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale în asistenta medicala ambulatorie stomatologică asupra condițiilor de contractare;
- f) să asigure un sistem permanent de informare a asiguraților asupra drepturilor pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;
- g) să monitorizeze numărul serviciilor medicale, pe cod numeric personal (CNP) al fiecărui asigurat, acordate de furnizorii cu care se află în relație contractuală.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale stomatologice

ART.7 - Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

- a) să acorde servicii medicale stomatologice și să nu refuze acordarea asistenței medicale stomatologice în caz de urgență medicală, ori de câte ori se solicită aceste servicii medicale;
- b) să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte condițiile de prescriere a medicamentelor prevăzute în Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman, conform reglementărilor în vigoare;
- c) să ofere relații asiguraților despre serviciile acordate, precum și despre modul în care vor fi furnizate acestea și să acorde consilierea în scopul prevenirii patologiei stomatologice;
- d) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora;
- e) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale acordate asiguraților. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate, atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic, pe fiecare asigurat în parte, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de facturare o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru poate conduce la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;
- f) să respecte normele de raportare a bolilor, conform prevederilor legale în vigoare;

g) sa respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului stomatolog si a unitatii sanitare, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală;

h) sa își stabilească programul de activitate si sa îl afișeze la loc vizibil la cabinetul medical, cu respectarea prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și a normelor metodologice de aplicare a acestuia în vigoare, si sa stabilească programul de activitate si sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

i) sa acorde servicii medicale stomatologice tuturor asiguraților, fara nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

j) sa anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare a datelor care au stat la baza încheierii contractului cu aceasta;

k) sa acorde asistenta medicala stomatologica asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția de asigurări sociale de sănătate pentru aceștia;

l) sa nu încaseze de la asigurați contribuție personala pentru serviciile medicale stomatologice furnizate care se suporta integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor si condițiilor prevăzute în norme;

m) sa afișeze la loc vizibil la cabinetul medical numele casei sau caselor de asigurări de sănătate cu care se afla în relații contractuale;

n) să pună la dispoziția asiguraților la nivelul cabinetului medical pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate precum și obligațiile furnizorului de servicii medicale ambulatorii de specialitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

o) să nu refuze efectuarea stagiului de către medicii stomatologi stagieri repartizați de Comisia de stomatologie a consiliului județean al Colegiului Medicilor din România împreună cu spitalele cu care aceștia au încheiat contract de muncă; această obligație revine medicilor stomatologi specialiști și primari;

p) să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

VI. Modalitati de plata

ART.8 - Modalitatea de plata în asistenta medicala stomatologica din ambulatoriu este tarif pe serviciu medical cuantificat în lei.

ART.9 - Decontarea serviciilor medicale stomatologice se face pe baza tarifelor acestora si în condițiile prevăzute în anexa nr.9 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 asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 si în limita unei sume contractate și defalcate trimestrial/cabinet, stabilită conform art.11 din anexa nr.9 la ordinul menționat mai sus, cu excepția lit.a) si b) de la alin.(1) al aceluiași articol, care se decontează la nivelul realizărilor, cu încadrarea în fondurile trimestriale alocate asistentei medicale stomatologice.

Suma anuală contractată este de lei.

din care:

- trim.I
- trim.II
- trim.III
- trim.IV

ART.10 - (1) Decontarea serviciilor medicale stomatologice 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.9 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate .

(2) În cazul în care se înregistrează abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție din partea asiguratului, recomandări de investigații paraclinice nejustificate sau nerespectarea programului de lucru stabilit, contravaloarea serviciilor medicale stomatologice aferente trimestrului respectiv se diminuează după cum urmează pentru fiecare situație:

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

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical si fiecare medic stomatolog/dentist din componenta cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic/dentist

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Codul medicului:

Cod numeric personal

Program zilnic de activitate: ore/zi

b) Medic/dentist:

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Codul medicului:

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate: ore/zi

c)

.....

.....

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART.11 - Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile privind calitatea asistentei medicale acordate asiguraților, elaborate conform legii.

VIII. Răspunderea contractuală

ART.12 - Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpa datorează celeilalte părți daune-interese.

ART.13 - În cazul în care termenele de plata prevăzute la art.10 alin.(1) nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplica pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

IX. Clauza specială

ART.14 (1) Orice împrejurare independentă de voința partilor, 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 de la data apariției respectivului caz de forță majoră 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.

X. Contravenții

ART.15 - Refuzul furnizorilor de servicii medicale de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele în baza cărora se decontează serviciile realizate conduce la amânarea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale prestate, până la îndeplinirea acestei obligații.

XI. Încetarea contractului

ART.16 - Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

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

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

c) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia ori încetarea acreditării furnizorului;

d) nerespectarea termenelor de raportare, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate conform prezentului contract, pe baza documentelor de raportare, pentru o perioadă de maximum doua luni consecutive în cadrul unui trimestru;

e) odată cu prima constatare după aplicarea de trei ori a măsurii de diminuare a contravalorii serviciilor stomatologice, pentru abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente, cu sau fără contribuție personala din partea asiguratului sau pentru nerespectarea programului de lucru stabilit;

f) în cazul în care se constata încasarea de contribuție personala de la asigurați pentru serviciile medicale care se suporta integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor si condițiilor prevăzute în norme;

ART.17 - Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

a) cabinetul medical se muta din teritoriul de funcționare;

b) a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;

c) daca medicul renunța sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

d) încetarea activității prin faliment, dizolvare, lichidare, în cazul cabinetelor medicale organizate potrivit art.15 din Ordonanța Guvernului nr.124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificările ulterioare;

e) încetarea definitiva a activității casei de asigurări de sănătate;

f) acordul de voința al părților;

g) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al cabinetului medical sau al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisa cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART.18 - (1) Situațiile prevăzute la art.16 si la art.17 lit.b) - e) se constata de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art.17 lit.a) se notifica casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART.19 - Prezentul contract poate fi reziliat de către partile contractante, pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XII. Corespondenta

ART.20 - (1) Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor.

(2) Fiecare parte contractanta este obligata ca în termen de trei zile din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XIII. Modificarea contractului

ART.21 - (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intra 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 condițiile aplicării art. 37 din Legea nr. 507/2003 a bugetului de stat pe anul 2004, în limita fondului aferent asistenței medicale ambulatorie de specialitate pentru specialitățile stomatologice, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART.22 - (1) Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie înlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cât mai cu putința spiritului contractului.

(2) Daca expira termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toata 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.

XIV. Soluționarea litigiilor

ART.24 - (1) Litigiile născute în legătura cu încheierea, executarea, modificarea si încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prelabile de soluționare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei centrale de arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii.

ART.25 - Hotărârile Comisiei centrale de arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XV. Alte clauze

.....

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

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Președinte - Director general,
.....

Director adjunct economic,
.....

Director adjunct relații contractuale,
.....

Reprezentant legal,
.....

Vizat
Oficiul juridic

LISTA
criteriilor de calitate pentru activitatea desfășurată
la nivelul ambulatoriului de specialitate

- A. Pentru ambulatoriul de specialitate clinic și paraclinic**
1. Semnalizarea în zonă: firma
 2. Autorizația sanitară de funcționare
 3. Acreditarea unității sanitare care oferă servicii medicale
 4. Programul de activitate afișat vizibil la fiecare cabinet în parte, la intrarea în ambulatoriu și respectarea acestuia
 5. Cabinetul medical va pune la dispoziția asiguraților, pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii medicale pentru persoanele asigurate facultativ
 6. Drepturile și obligațiile asiguraților afișate la loc vizibil la fiecare cabinet medical în parte și la intrarea în unitatea sanitară.
 7. Sala de așteptare dotată corespunzător (ambient adecvat, scaune/canapea, măsuță, materiale informative)
 8. Dotarea cabinetului cu aparatură și mobilier cel puțin în conformitate cu ordinul ministrului sănătății și familiei în vigoare.
 9. Dotarea aparatului de urgență (medicație) cel puțin în conformitate cu baremurile în vigoare și în termen de valabilitate
 10. Înființarea și reactualizarea fișierului; obligativitatea existenței la cabinet a actelor care notifică activitatea medicală:
 - registre: de consultații, tratamente;
 - fișe de consultații și anexe: bilete de externare, scrisori medicale, plan de recuperare;
 - caiet de evidență stupefiante, rețete cu timbru sec.
 11. Medicul în timpul programului:
 - comportament și ținută în conformitate cu normele Codului de etică și deontologie medicală;
 - consultă pacientul, stabilește diagnosticul, stabilește conduita (trimitere la investigații paraclinice, trimitere spre internare, tratament);
 - consemnează diagnosticul, tratamentul, recomandările în registrul de consultații și fișa medicală;
 - eliberează rețete parafate și semnate;
 - eliberează bilete de trimitere, concedii medicale, alte acte medicale parafate și semnate;
 - comunică cu medicul de familie care a trimis pacientul prin scrisoare medicală;
 - respectă confidențialitatea actelor medicale.
 12. Cadrul mediu în timpul programului:
 - comportament și ținută în conformitate cu normele Codului de etică și deontologie medicală;
 - îndeplinește atribuțiile menționate în fișa postului și considerate sarcini de serviciu;
 - respectă confidențialitatea actelor medicale.

B. Pentru ambulatoriul de specialitate stomatologic

1. Semnalizarea în zonă: firma
2. Autorizația sanitară de funcționare a cabinetului.
3. Acreditarea unității sanitare care oferă servicii medicale.
4. Programul de activitate afișat vizibil.
5. Cabinetul va pune la dispoziția asiguraților pachetul de servicii de bază și pachetul minimal de servicii furnizate de medicii stomatologi
6. Drepturile și obligațiile asiguraților - afișate vizibil.
7. Un cadru mediu angajat pentru fiecare cabinet.
8. Contract de colaborare/prestări servicii pentru depanarea aparaturii.
9. Sală de așteptare dotată corespunzător (ambiant adecvat, scaune/canapea, măsuță, materiale informative).
10. Dotarea cabinetului cu aparatură și mobilier cel puțin în conformitate cu ordinul Ministerului Sănătății și Familiei în vigoare.
11. Dotarea aparatului de urgență (medicație) cel puțin în conformitate cu baremurile în vigoare și în termen de valabilitate.
12. Obligatorietatea existenței la cabinet a actelor care notifică activitatea medicală:
 - registre: de consultații, tratamente;
 - fișe de consultații și anexe: bilete de externare, scrisori medicale, plan de recuperare;
13. Medicul în timpul programului:
 - comportament și ținută în conformitate cu normele codului de etică și deontologie medicală
 - consultă pacientul
 - precizează și justifică diagnosticul în fișa de consultație
 - efectuează tratamentul medical
 - completează acte medicale
14. Cadrul mediu în timpul programului:
 - comportament și ținută în conformitate cu normele codului de etică și deontologie medicală
 - îndeplinește atribuțiile menționate în fișa postului și considerate sarcini de serviciu.

Notă:

Criteriile de calitate pentru actul medical vor fi stabilite de comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România și se negociază cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Controlul respectării criteriilor de calitate a serviciilor medicale va fi coordonat de Serviciul medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate împreună cu comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România și ale Ordinului Asistenților Medicali din România.

PACHET DE SERVICII MEDICALE IN ASISTENTA MEDICALA SPITALICEASCA

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază

- A. Servicii medicale spitalicești pentru patologia care necesită internare în condițiile prevăzute la art.48 alin (2) din contractul cadru
- B. Servicii medicale spitalicești care nu necesită internarea prestate în regim de spitalizare de zi.

1. În unitățile spitalicești, tipurile de servicii medicale ce vor fi furnizate numai în regim de spitalizare de zi sunt cele prevăzute în Ordinul ministrului sănătății nr.440/2003 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare de zi

2. Serviciile medicale de mai jos cu tarifele maxime aferente ce se pot acorda în unități sanitare ambulatorii autorizate și avizate, după caz, să efectueze aceste servicii:

| | Tarif maximal (lei/ serviciu medical) |
|--|--|
| a) - Hemodializă* | 2.459.850 |
| - Radioterapie | 419.032 |
| - Chimioterapie* | 419.032 |
| - HIV/SIDA* | 436.779 |
| - Litotritie | 2.300.000 |
| b) Implant de cristalin** | 2.139.000 |
| c) Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală | 250.000 |
| d) Servicii medicale de oftalmologie: | |
| - eviscerație, orjelet, glaucom, pterigion, entropion, strabism, crioaplicație, electrozecție | 419.750 |
| e) 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, secțiune tendoane picior | 1.055.700 |
| f) Servicii medicale ORL: | |
| - rezecție septală, amigdalectomie, adenoidectomie, excizie formațiune tumorală, polipectomie nazală | 571.550 |
| g) Servicii medicale flebologie (operație flebologie) | 795.800 |
| h) Anestezie (numai ca urmare a unui serviciu medical prevăzut la pct.B): | |
| - rahianestezie | 2.932.500 |
| - anestezie generală inhalatorie | 1.366.200 |
| - anestezie de contact și infiltrație | 397.900 |
| - anestezie locoregională de infiltrație | 993.600 |
| - anestezie locală | 143.750 |
| - anestezie generală cu diprivan | 3.967.500 |
| i) Chirurgie maxilo-facială/chirurgie orodentară | |
| Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus), regularizare creastă hemiarcadă, tratament hiperostoză tuberozitară; Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare, | 750.000 |

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 radiculară, premolarizare, metoda chirurgicală ortodontică (tunelizare)

| | Tarif maximal (lei/ |
|---|---------------------|
| - dinți ectopici, dinți din focarul de fractură, excizia bridelor | 500.000 |
| - operație cu lambou | 1.650.000 |
| - corecție fren, infiltrație trigeminală | 230.000 |

*) Tariful nu cuprinde medicamentele și materialele specifice suportate prin programul național de sănătate.

**) Tariful nu cuprinde medicamentele și materialele specifice.

NOTĂ:

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).

Serviciile de la lit.d) - i) se efectuează numai în centrele de diagnostic și tratament aparținând ministerelor cu rețele sanitare proprii.

Serviciile de la lit. a) - c) și h) se pot efectua în unitățile sanitare ambulatorii autorizate și avizate, după caz, de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii.

Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie. Serviciile medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie se acordă numai pe bază de recomandare medicală potrivit formularelor prezentate în **anexa nr.19, 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, după cum urmează:

Explorări computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletală, de părți moi și/sau de organe interne
2. monotraumatisme: - cranio-cerebrale
 - coloană vertebrală
 - torace
 - abdomino-pelvine
 - fracturi complexe ale extremităților
3. hemoragii interne (după stabilizarea funcțiilor vitale)
4. accidente cerebro-vasculare acute, 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 de cauză cerebrală

Examenul CT va înlocui examenul RMN la asigurații cu contraindicații (prezență de stimulatoare cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni)

Explorări prin rezonanță magnetică nucleară (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare

2. accidente vasculare cerebrale ischemice în primele 24 – 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizat CT

Examenul RMN va înlocui examenul CT la asigurații cu contraindicații (insuficiență renală, insuficiență cardiacă severă, sarcină, alergie la substanțele de contrast iodate)

Explorări scintigrafice

1. tromboembolismul pulmonar

2. accidente coronariene acute

3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 – 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent

CAPITOLUL II Pachet minimal de servicii medicale in asistenta medicala spitaliceasca

In situatia in care pacientul nu dovedeste calitatea de asigurat, spitalul acorda serviciile medicale de urgenta avand obligatia sa evalueze situatia medicala a pacientului si sa il externeze daca serviciile medicale de urgenta nu se mai justifica. La solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat se poate continua internarea cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitalicesti de catre pacient.

Criteriile de stabilire a urgentelor pe baza carora se efectueaza internarea pacientilor care nu dovedesc calitatea de asigurat sunt:

- urgente medico- chirurgicale sau orice alte situatii in care este pusa in pericol viata pacientului sau au acest potential;
- boli cu potential endemo-epidemic

Numărul de zile de spitalizare pe specialități, considerat perioadă de urgență este cel stabilit de medicul curant pentru fiecare caz în parte, avizat de medicul șef de secție.

Capitolul III Pachet de servicii medicale spitalicesti pentru persoanele care se asigura facultativ pentru sănătate

- urgente medico- chirurgicale sau orice alte situatii in care este pusa in pericol viata pacientului sau au acest potential;
- boli cu potential endemo-epidemic

până la rezolvarea completă a cazului

CONDIȚIILE ACORDĂRII SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ȘI MODALITĂȚILE DE PLATĂ ALE ACESTORA

ART.1 Serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații sunt: servicii medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă și servicii medicale acordate în regim de 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 curativă și de recuperare pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv;

2. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi pentru serviciile medicale programabile de diagnostic, tratament și monitorizare pentru pacienții care nu necesită supraveghere pe o durată mai mare de 12 ore, care sunt cuprinse în Ordinul ministrului sănătății nr. 440/2003 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare de zi.

ART.3 În unitățile sanitare ambulatorii autorizate/avizate de Ministerul Sănătății se pot acorda servicii medicale spitalicești în regim ambulatoriu prevăzute în [anexa nr.17](#) la ordin, care se contractează și se decontează prin tarif pe serviciu medical. Pentru unitățile sanitare ambulatorii autorizate/avizate de Ministerul Sănătății aceste servicii vor face obiectul unui act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice.

Tarifele maximale pe serviciu medical sunt cele prevăzute în [anexa nr.17](#) la ordin.

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:

1. număr personal existent conform structurii spitalelor, având în vedere numărul de posturi aprobate și repartizate, potrivit legii pentru aprobarea bugetului de stat în anul 2004, din care: medici, farmaciști, stomatologi stagieri și rezidenți precum și personal din activitatea de cercetare;

2. număr paturi stabilit potrivit structurii spitalelor prin ordin al ministrului sănătății pentru anul 2004;

3. nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr.208/2003;

4. numărul 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, conform anexei nr.20 la ordin sau după caz, durata de spitalizare efectiv realizată;

6. numărul cazuri externate;

7. indice de complexitate a cazurilor furnizat de Institutul Național de Cercetare - Dezvoltare în Sănătate;

8. număr de servicii medicale spitalicești pe tipuri de servicii acordate în regim de spitalizare 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;

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;

3. infecție clinic aparentă sau asimptomatică provocată de germeni cunoscuți patogeni, care se manifestă pe perioada spitalizării la un interval de timp mai mare decât incubația minimă sau la domiciliu la un interval de timp mai mic decât incubația maximă.

ART. 5 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 baza de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecțiunile acute, care se stabilește astfel:

număr de cazuri externate x indice case-mix pentru anul 2003 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2004

1. Număr de cazuri externate

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital și pe secție se vor avea în vedere următoarele:

- evoluția cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului și al județului,
- cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție în anul 2004, în funcție de numărul de paturi aprobat, de nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor și de durata optimă 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 2003

comparativ cu cel optim care este de 70% din numărul total de externări din anul 2003.

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 2003, pentru care nu se justifică internarea.

Numărul de externări diminuat atât pentru secțiile chirurgicale cât și pentru secțiile medicale se contractează numai ca servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi. Pentru fiecare caz externat din cazurile diminuate, atât pentru secțiile chirurgicale cât și pentru secțiile medicale se va contracta un număr de minimum 3 servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalchează 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.

2. Indicele de case-mix pentru anul 2003 se calculează pentru fiecare spital pe baza numărului și a tipurilor de cazuri raportate în perioada ianuarie – octombrie 2003. 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.18 a) la ordin.

3. Tariful pe caz ponderat în anul 2004 se stabilește pentru fiecare spital plecându-se de la tariful pe caz ponderat din anul 2003 pentru fiecare spital. Tariful pe caz ponderat este prezentat în anexa nr.18 a) la ordin.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate (grupele de diagnostice, valorile relative ale grupelor de diagnostice și definirea termenilor utilizați) sunt prevăzute în anexa nr.18 b) la ordin.

În situația în care, unul din spitalele prevăzute în anexa nr.18 a) la ordin, are în structură secții/compartimente de cronici sau recuperare, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit.b).

b) sumă pentru spitalele de cronici și de recuperare precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici și de recuperare (de sine stătătoare, aprobate prin ordin al ministrului sănătății în structura spitalelor) 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 numărul de cazuri externate pe județ, stabilit ca medie a numărului de externări pe ultimii 5 ani pe județ și a gradului de utilizare a paturilor la spitalul/secția/compartimentul respectiv.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalchează 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 se stabilește de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății pe secții, este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în anexa nr.20 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/compartimente se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie în funcție de particularitățile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în bugetul stabilit și aprobat al spitalului.

c) sumă pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr.18 a) la ordin, care se stabilește astfel:

număr de cazuri externate x tariful mediu pe caz rezolvat

1. Număr de cazuri externate

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital și pe secție se vor avea în vedere următoarele:

- evoluția cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului și al județului,
- cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție în anul 2004, în funcție de numărul de paturi aprobat, de nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor și de durata optimă 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 2003 comparativ cu cel optim care este de 70% din numărul total de externări din anul 2003.

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 2003, pentru care nu se justifică internarea.

Numărul de externări diminuat atât pentru secțiile chirurgicale cât și pentru secțiile medicale se contractează numai ca servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi. Pentru fiecare caz externat din cazurile diminuate, atât pentru secțiile chirurgicale cât și pentru secțiile medicale se va contracta un număr de minimum 3 servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi, cu încadrarea în bugetul stabilit și aprobat spitalului.

Numărul anual de cazuri externate negociat și contractat se defalchează 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.

2. Tarif mediu pe caz rezolvat

Tariful mediu pe caz rezolvat se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate având în vedere și indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2003, cu încadrarea în bugetul stabilit și aprobat al spitalului.

În situația în care, unul din spitale are în structură secții/compartimente de cronici sau recuperare, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit.b).

d) sumă pentru medicamente și materiale sanitare specifice acordate prin programele naționale de sănătate decontată din fondul alocat pentru programele naționale de sănătate, care face obiectul unui contract distinct;

e) sumă pentru serviciile medicale efectuate în: dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală - staționar de zi, cabinete de planificare familială, finanțată din fondul alocat pentru asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, care este formată din:

- suma corespunzătoare încadrării personalului prevăzut să își desfășoare activitatea în aceste structuri, ținându-se seama de toate drepturile salariale acordate de lege, la care se adaugă contribuțiile ce revin ca obligație de plată spitalului;

- suma reprezentând cheltuielile de întreținere și funcționare a acestor structuri, determinată ca o cotă-parte din cheltuielile totale de întreținere și funcționare ale spitalului înregistrate în anul precedent și corectată cu procentul de inflație prognozat pentru anul 2004. Această cotă se calculează ca raport între cheltuielile de personal necesare pentru structurile mai sus menționate și totalul cheltuielilor de personal pe spital estimate pentru anul curent;

f) sumă pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, conform anexei nr.9 la ordin;

g) sumă pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în: boli infecțioase, staționare de zi (altele decât laboratoarele de sănătate mintală – staționar de zi), structuri de primire urgente - unitate de primire urgente, compartiment de primire urgente, modul de urgenta, camera de garda - cabinet stomatologic pentru serviciile de urgenta care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, decontate din fondul aferent asistentei medicale spitalicești, formată din:

- suma corespunzătoare încadrării personalului prevăzut să își desfășoare activitatea în aceste structuri, ținându-se seama de toate drepturile salariale acordate de lege, la care se adaugă contribuțiile ce revin ca obligație de plată spitalului;

- suma reprezentând cheltuielile de întreținere și funcționare a acestor structuri, determinată ca o cotă-parte din cheltuielile totale de întreținere și funcționare ale spitalului înregistrate în anul precedent și corectată cu procentul de inflație prognozat pentru anul 2004. Această cotă se calculează ca raport între cheltuielile de personal necesare pentru structurile mai sus menționate și totalul cheltuielilor de personal pe spital estimate pentru anul curent;

h) sumă pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanțată din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru serviciile medicale paraclinice stabilită conform prevederilor din anexa nr.9 la ordin;

i) sumă pentru plata cheltuielilor de personal pentru medici, farmaciști și stomatologi rezidenți din anii 3 - 7, pentru medicii, stomatologii și farmaciștii stagiași și pentru personalul din activitatea de cercetare care au încheiat contract individual de muncă cu spitalele. Această sumă se determină pe baza încadrării acestor categorii de personal rezultată din statul de funcții, ținându-se seama de toate drepturile salariale prevăzute de lege, la care se adaugă contribuțiile ce revin ca obligație de plată spitalului. În cazul stagiarilor se deduc sumele ce se suportă din fondul de șomaj.

j) sumă pentru serviciile medicale efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri de servicii medicale, cu tariful negociat aferent acestora. Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicești care sunt prevăzute în Ordinul ministrului sănătății nr.440/2003 se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate, cu încadrarea în bugetul stabilit și aprobat spitalului. Tariful pentru hemodializă se negociază și nu poate fi mai mare decât cel prevăzut în anexa nr.17 la ordin. Numărul de servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi se negociază și se contractează având în vedere prevederile art.5 lit.a) pct.1 teza a patra sau după caz, lit.c) pct.1 teza a patra.

Sumele de la lit.a)-j) sunt prevăzute distinct în contractele și actele adiționale la contracte și fac parte din bugetul de venituri și cheltuieli aprobat unităților spitalicești, potrivit legii.

ART.6 (1) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale în unitățile medico-sociale se compune din:

- a) cheltuieli de personal pentru medici și asistenți medicali la nivelul realizat, conform statului de funcțiuni, în limita sumelor prevăzute în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;
 - b) contravaloarea consumului de medicamente și de materiale sanitare, în limita sumelor prevăzute în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate.
- (2) Modelul de contract utilizat este contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, adaptat.

ART.7 Sumele pentru serviciile medicale spitalicești prestate în centrele de diagnostic și tratament din structura ministerelor cu rețele sanitare proprii și în unități sanitare ambulatorii autorizate și avizate, după caz, să efectueze aceste servicii se determină prin înmulțirea numărului de servicii medicale spitalicești contractate cu tarifele pe servicii, tarife negociate între furnizori și casele de asigurări de sănătate care nu pot fi mai mari decât cele prevăzute în [anexa nr.17](#) la ordin.

ART.8(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 spitalele 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 externe și raportate de către spital, din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea și invalidarea cazurilor externe raportate se face de către Institutul Național de Cercetare - Dezvoltare în Sănătate, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății și familiei nr.29/2003 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) în spitalele din România);

- indicele de case-mix pe anul 2003 (contractat);

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2004;

2. regularizarea trimestrială se face în funcție de:

- numărul total de cazuri externe, raportate și validate, pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv;

- indicele de case-mix realizat în perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv;

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2004.

În situația în care, numărul de externări realizat corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă este mai mare cu maximum 5% decât cel contractat, decontarea numărului de externări ce depășește numărul de externări contractat se face numai dacă numărul de servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi a scăzut și contravaloarea acestora este mai mică sau egală cu suma ce urmează a fi decontată pentru numărul de cazuri externe ce a depășit numărul de cazuri contractate.

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 servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi a crescut proporțional în condițiile prevăzute la art.5 lit.a) pct.1 teza a patra, numărul de servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi ce depășește numărul de cazuri externate contractate, se decontează la tariful pe serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în bugetul aprobat și alocat al spitalului.

În situația în care, atât numărul de externări realizat corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă cât și cel corespunzător serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi este mai mic decât numărul de externări respectiv servicii medicale acordate 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 serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi este mai mare decât numărul de externări respectiv servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi contractat, se acceptă la decontare o depășire de maximum 5% a numărului de externări respectiv servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi.

Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depășiri dacă spitalul/secțiile 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.

b) serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează în funcție de numărul de cazuri externate realizat în limita numărului de cazuri contractat și de durata optimă de spitalizare sau după caz, durata efectiv realizată.

În cazul spitalelor/secțiilor 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 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 și de tarifele pe zi de spitalizare negociate. Numărul de zile de spitalizare efectiv realizat se decontează în limita numărului de externări contractate și a duratei optime de spitalizare, prevăzute pentru TBC și recuperare pediatrică - distrofici.

Trimestrial se fac regularizări și decontări, ținându-se seama de cazurile de spitalizare externate și cele contractate.

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 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 stabilită de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății și prevăzută în **anexa nr.20** la ordin; în situația în care durata medie de spitalizare realizată de spitale/secții este mai mare sau mai mică decât cea optimă, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale spitalicești la valoarea prevăzută pentru durata optimă; 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.

În situația în care suma aferentă depășirii duratei optime de spitalizare pe o secție nu este compensată de suma corespunzătoare reducerii duratei optime de spitalizare la celelalte secții, casele de asigurări de sănătate pot deconta diferența ce nu a fost compensată dacă depășirea este justificată și se încadrează în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul casei de asigurări de sănătate respective;

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.18 a) la ordin, 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
 - tariful mediu pe caz rezolvat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă;
2. Regularizarea trimestrială se face în funcție de numărul de externări și tariful mediu pe caz rezolvat negociat ținând cont și de numărul de externări contractat.

În situația în care, numărul de externări realizat corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă este mai mare cu maximum 5% decât cel contractat, decontarea numărului de externări ce depășește numărul de externări contractat se face numai dacă numărul de servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi a scăzut și contravaloarea acestora este mai mică sau egală cu suma ce urmează a fi decontată pentru numărul de cazuri externe ce a depășit numărul de cazuri contractate.

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 servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi a crescut proporțional în condițiile prevăzute la art.5 lit.c) pct.1, numărul de servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi ce depășește numărul de cazuri externe contractate, se decontează la tariful pe serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în bugetul aprobat și alocat al spitalului.

În situația în care, atât numărul de externări realizat corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă cât și cel corespunzător serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi este mai mic decât numărul de externări respectiv servicii medicale acordate 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 serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi este mai mare decât numărul de externări respectiv servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi contractat, se acceptă la decontare o depășire de maximum 5% a numărului de externări respectiv servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi.

Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare această depășire dacă spitalul/secțiile 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.

d) sumă pentru medicamente și materiale sanitare specifice acordate prin programele naționale de sănătate se decontează în limita sumelor prevăzute prin programe;

e) suma pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală - staționar de zi, se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectiv realizate conform statului de plata, în limita sumelor prevăzute în actul adițional și la nivelul contractat pentru cheltuielile de întreținere și funcționare;

f) sumă pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, decontată din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile prevăzute în anexa nr.9 la ordin;

g) sumă pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în: boli infecțioase, staționare de zi (altele decât laboratoarele de sănătate mintală – staționar de zi), structuri de primire urgente - unitate de primire urgente, compartiment de primire urgente, modul de urgenta, camera de garda - cabinet stomatologic pentru serviciile de urgenta se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectiv realizate conform statului de plata, în limita sumelor prevăzute în actul adițional și la nivelul contractat pentru cheltuielile de întreținere și funcționare;

h) sumă pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, decontată din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru serviciile medicale paraclinice stabilită conform prevederilor din anexa nr.9 la ordin;

i) sumă pentru plata cheltuielilor de personal pentru medici, farmaciști și stomatologi rezidenți din anii 3 - 7, pentru medicii, stomatologii și farmaciștii stagiași și pentru personalul din activitatea de cercetare care au încheiat contract individual de muncă cu spitalele, decontată la nivelul cheltuielilor de personal efectiv realizate, în limita sumelor prevăzute în actul adițional la contract.

j) sumă pentru serviciile medicale efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri de servicii medicale, cu tariful negociat aferent acestora. Tariful pe tipuri de servicii medicale spitalicești care sunt prevăzute în Ordinul ministrului sănătății nr.440/2003 se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate, cu încadrarea în bugetul stabilit și aprobat spitalului. Tariful pentru hemodializă se negociază și nu poate fi mai mare decât cel prevăzut în anexa nr.17 la ordin. Numărul de servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi se negociază și se contractează având în vedere prevederile art.5 lit.a) pct.1, teza a patra sau după caz, lit.c) pct.1, teza a patra.

(2) Spitalele vor acoperi 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, cu excepția investigațiilor paraclinice efectuate în centrele de referință de diagnostic imagistic.

ART.9 Pentru unitățile medico-sociale, casele de asigurări de sănătate decontează:

- a) cheltuielile de personal pentru medici și asistenți medicali la nivelul realizat, conform statului de plată, în limita sumelor prevăzute în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;
- b) contravaloarea consumului de medicamente și de materiale sanitare, în limita sumelor prevăzute în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Decontarea se face în baza facturii și a unui decont de cheltuieli întocmit de unitățile medico-sociale.

ART.10 Însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și însoțitorii persoanelor cu handicap grav beneficiază de plata serviciilor hoteliere (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) din partea caselor de asigurări de sănătate, cheltuieli ce sunt cuprinse în cheltuielile aferente secțiilor/spitalelor în care sunt internate aceste persoane. Aceste servicii se acordă în următoarele condiții:

- a) la recomandarea medicului care îngrijește copilul bolnav internat, pe perioada considerată necesară de către medic;
- b) mama care alăptează.

ART.11 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 stabilite 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.12 (1) Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă pe bază de recomandare medicală asiguraților numai în următoarele condiții:

- urgențe medico-chirurgicale majore nominalizate în [anexa nr.17](#) la ordin;
- afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare.

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza fișelor de solicitare potrivit modelelor prevăzute în [anexa nr.19](#) la ordin, la care 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.

ART.13 Spitalele care au în structura proprie dispensare medicale fără medic suportă din bugetul de venituri și cheltuieli 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.14 Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

ART.15 Serviciile medicale spitalicești acordate unei persoane ca urmare a prejudiciilor sau daunelor cauzate sănătății acesteia de alte persoane (accidente de munca, inclusiv ale sportivilor profesioniști apărute în cadrul exercitării profesiei, accidente rutiere și vătămări corporale grave prin agresiune precum și a îmbolnăvirilor profesionale) sunt suportate de persoanele vinovate. Aceste servicii sunt evidențiate distinct la nivelul unității sanitare respective și vor fi decontate de casele de asigurări de sănătate, iar sumele vor fi recuperate prin grija caselor de asigurări de sănătate și constituie venituri ale fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

ART.16 (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 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) În primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele negociate și contractate. Pentru prima lună în care se aplică această prevedere, casele de asigurări de sănătate vor efectua până la data de 10 a acestei luni, decontarea finală a lunii precedente iar până la data de 17, decontarea lunii curente pentru perioada 1 – 15 a lunii în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de așteptare pentru cazurile programabile, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală.

(4) Spitalele vor raporta direcțiilor de sănătate publică sau ministerului, în funcție de subordonare, și caselor de asigurări de sănătate, până la data de 5 a lunii curente pentru luna precedentă, execuția bugetului de venituri și cheltuieli, respectiv realizarea indicatorilor cantitativi și calitativi comparativ cu cei contractați.

(5) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta direcțiilor de sănătate publică sau ministerelor, în funcție de subordonare, și caselor de asigurări de sănătate execuția bugetului de venituri și cheltuieli, respectiv realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați în vederea regularizării trimestriale. Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat.

ART.17 Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către personalul din conducerea spitalului (directorul general, directorul general adjunct medical, directorul financiar-contabilitate și, după caz, directorul de îngrijiri și directorul pentru reformă) care răspund, în condițiile legii, de realitatea și exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției.

ART.18 Refuzul semnării contractului cu casa de asigurări de sănătate de către unitatea furnizoare de servicii medicale spitalicești va fi adus la cunoștință Ministerului Sănătății sau celorlalte ministere, în funcție de subordonare, și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care vor analiza situația și vor lua măsurile ce se impun pentru soluționarea divergențelor.

ART.19 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 aceste prilej.

INDICELE DE COMPLEXITATE A CAZURILOR ȘI TARIFELE PE CAZ PONDERAT

| Nr. Crt. | Cod CNAS | Denumire spital | ICM 2003 | Tarif pe caz ponderat 2004 (mii lei) |
|----------|----------|---|----------|--------------------------------------|
| 1 | AB01 | SPITALUL JUDETEAN ALBA-IULIA | 0,7118 | 8.643 |
| 2 | AB03 | SPITALUL MUNICIPAL BLAJ | 0,5935 | 6.333 |
| 3 | AB05 | SPITALUL MUNICIPAL AIUD | 0,5935 | 6.307 |
| 4 | AB08 | SPITALUL MUNICIPAL SEBES | 0,5935 | 6.136 |
| 5 | AG01 | SPITALUL JUDETEAN ARGES | 0,6257 | 7.299 |
| 6 | AG02 | SPITALUL DE PEDIATRIE PITESTI | 0,4671 | 8.270 |
| 7 | AG05 | SPITALUL MUNICIPAL CAMPULUNG | 0,5972 | 5.879 |
| 8 | AG07 | SPITALUL MUNICIPAL CURTEA DE ARGES | 0,5689 | 5.889 |
| 9 | AR01 | SPITALUL CLINIC JUDETEAN ARAD | 0,7658 | 9.437 |
| 10 | AR02 | SPITALUL CLINIC MUNICIPAL ARAD | 0,7755 | 7.357 |
| 11 | AR03 | SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA GINECOL."SELVATOR VUIA" ARAD | 0,5994 | 7.439 |
| 12 | B_01 | SPITALUL CLINIC "SF.MARIA" | 0,7506 | 11.791 |
| 13 | B_02 | SPITALUL CLINIC DE URGENTA FLOREASCA | 0,9145 | 16.254 |
| 14 | B_03 | SPITALUL CLINIC DE URGENTA CHIRURGIE PLAST. REPAR. SI ARSURI | 1,1654 | 14.406 |
| 15 | B_04 | SPITALUL CLINIC DE NEFROLOGIE "PROF. DR.CAROL DAVILA" | 0,6798 | 12.388 |
| 16 | B_05 | SPITALUL CLINIC DE URGENTA PT. COPII "GR.ALEXANDRESCU" | 0,6332 | 10.439 |
| 17 | B_06 | SPITALUL CLINIC DE OBSTETR.-GINECOLOGIE FILANTROPIA | 0,8225 | 6.310 |
| 18 | B_08 | SPITALUL CLINIC DE URGENTA DE OFTALMOLOGIE | 0,7708 | 4.564 |
| 19 | B_09 | SPITALUL UNIVERSITAR DE STOMATOLOGIE "PR.DR.DAN TEODORESCU" | 0,8495 | 7.693 |
| 20 | B_11 | INSTITUTUL ONCOLOGIC BUCURESTI (MS) "PR.DR.AL.TRESTIOREANU" | 0,7977 | 6.118 |
| 21 | B_12 | INSTITUTUL DE ENDOCRINOLOGIE (MS) "C.I.PARHON" | 0,5385 | 8.294 |
| 22 | B_13 | SPITALUL CLINIC "DR.I.CANTACUZINO" | 0,6308 | 10.141 |
| 23 | B_14 | INSTITUTUL DE DIABET NUTRITIE SI BOLI METAB."N.PAULESCU" | 0,7016 | 13.968 |
| 24 | B_15 | SPITALUL CLINIC DE ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE FOISOR | 0,7409 | 16.471 |
| 25 | B_16 | SPITALUL CLINIC COLENTINA | 0,6270 | 11.732 |
| 26 | B_18 | INSTITUTUL CLINIC FUNDENI | 1,0542 | 11.572 |
| 27 | B_19 | INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE "PROF.DR.C.ILIESCU" | 1,1123 | 9.290 |
| 28 | B_20 | INSTITUTUL PENTRU OCROTIREA MAMEI SI COPILULUI "ALFRED RUSESCU" | 0,6516 | 10.777 |
| 29 | B_21 | SPITALUL CLINIC DE URGENTA SF. PANTELIMON | 0,7482 | 10.040 |
| 30 | B_22 | SPITALUL CLINIC DE COPII "DR. V. GOMOIU" | 0,6507 | 6.500 |
| 31 | B_23 | SPITALUL CLINIC COLTEA | 1,0936 | 7.710 |
| 32 | B_24 | SPITALUL CLINIC CARITAS | 0,5887 | 8.217 |
| 33 | B_25 | SPITALUL CLINIC DE BOLI INFEC.SI TROPICALE "DR.VICTOR BABES" | 0,6359 | 12.187 |
| 34 | B_28 | SPITALUL CLINIC DE URGENTA PT. COPII "M.S.CURIE" | 0,6124 | 8.493 |
| 35 | B_29 | SPITALUL CLINIC "SF.IOAN" | 0,7056 | 10.795 |
| 36 | B_31 | SPITALUL CLINIC "PROF.DR.TH.BURGHELE" | 0,6847 | 17.089 |
| 37 | B_32 | INSTITUTUL DE FONOAUDIOLOGIE SI CHIRURGIE FUNCTIONALA ORL HOCIOTA | 0,8418 | 10.192 |
| 38 | B_33 | SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA | 0,8109 | 12.655 |
| 39 | B_34 | SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA GINECOLOGIE "P.SIRBU" | 0,6247 | 8.793 |
| 40 | B_35 | SPITALUL CLINIC DE URGENTA "PROF.DR.D.BAGDASAR-ARSENI" | 0,9666 | 10.793 |
| 41 | B_36 | INSTITUTUL DE BOLI CEREBRO-VASCULARE "PROF. DR. VLAD VOICULESCU" | 0,8828 | 9.528 |
| 42 | B_41 | CENTRUL METOD.DE REUMAT. "DR.ION STOIA" | 0,6673 | 7.438 |
| 43 | B_42 | SPITALUL CLINIC "N. MALAXA" | 0,6145 | 8.406 |
| 44 | B_48 | INSTITUTUL DE BOLI INFECTIOASE "MATEI BALS" | 0,5854 | 9.836 |
| 45 | B_80 | SPITALUL CLINIC ELIAS | 0,6348 | 14.400 |

| | | | | |
|-----|------|--|--------|--------|
| 46 | BC01 | SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BACAU | 0,6914 | 7.148 |
| 47 | BC03 | SPITALUL MUNICIPAL ONESTI | 0,6219 | 6.037 |
| 48 | BC06 | SPITALUL MUNICIPAL MOINESTI | 0,5933 | 6.630 |
| 49 | BC10 | SPITALUL DE PEDIATRIE BACAU | 0,5381 | 10.691 |
| 50 | BH01 | SPITALUL CLINIC JUDETEAN ORADEA | 0,7708 | 7.431 |
| 51 | BH02 | SPITALUL CLINIC DE COPII ORADEA | 0,6533 | 9.100 |
| 52 | BH03 | SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE ORADEA | 0,5757 | 9.274 |
| 53 | BH05 | SPITALUL CLINIC DE OBST. GINECOLOGIE | 0,4702 | 9.429 |
| 54 | BH12 | SPITALUL MUNICIPAL SALONTA | 0,5935 | 5.992 |
| 55 | BN01 | SPITALUL JUDETEAN BISTRITA | 0,6374 | 8.440 |
| 56 | BR01 | SPITALUL JUDETEAN BRAILA | 0,7146 | 8.456 |
| 57 | BR04 | SPITALUL MUNICIPAL OBSTETRICA-GINEC.BRAILA | 0,5935 | 7.796 |
| 58 | BT01 | SPITALUL JUDETEAN "MAVROMATI" BOTOSANI | 0,7641 | 5.839 |
| 59 | BT02 | SPITALUL "SF GHEORGHE" BOTOSANI | 0,6586 | 4.821 |
| 60 | BT04 | SPITALUL DE COPII BOTOSANI | 0,5135 | 8.631 |
| 61 | BT05 | SPITALUL DE OBSTETICA-GINECOLOGIE | 0,5118 | 6.773 |
| 62 | BT06 | SPITALUL MUNICIPAL DOROHOI | 0,5702 | 6.193 |
| 63 | BV01 | SPITALUL JUDETEAN DE UEGENTA BRASOV | 0,7800 | 8.003 |
| 64 | BV02 | SPITALUL DE OBSTETRICA GINECOLOGIE "DR.ION ZBARCEA" BRASOV | 0,5229 | 6.371 |
| 65 | BV03 | SPITALUL DE COPII BRASOV | 0,5957 | 9.744 |
| 66 | BV04 | SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE BRASOV | 0,4868 | 9.519 |
| 67 | BV06 | SPITALUL MUNICIPAL FAGARAS | 0,6203 | 7.651 |
| 68 | BV08 | SPITALUL MUNICIPAL CODLEA | 0,5592 | 5.763 |
| 69 | BV09 | SPITALUL MUNICIPAL SACELE | 0,6505 | 5.670 |
| 70 | BZ01 | SPITALUL JUDETEAN BUZAU | 0,6045 | 8.102 |
| 71 | BZ02 | SPITALUL MUNICIPAL RAMNICU SARAT (I) | 0,6010 | 6.451 |
| 72 | CJ01 | SPITALUL CLINIC JUDETEAN CLUJ | 0,7224 | 10.584 |
| 73 | CJ02 | SPITALUL CLINIC DE ADULTI CLUJ-NAPOCA | 0,7728 | 8.593 |
| 74 | CJ03 | SPITALUL CLINIC DE COPII CLUJ-NAPOCA | 0,5663 | 9.226 |
| 75 | CJ05 | SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE CLUJ-NAPOCA | 0,4560 | 10.078 |
| 76 | CJ07 | SPITALUL CLINIC MUNICIPAL CLUJ-NAPOCA | 0,7065 | 9.353 |
| 77 | CJ08 | INSTITUTUL ONCOLOGIC "I. CHIRCUTA" CLUJ-NAPOCA | 1,0229 | 10.302 |
| 78 | CJ09 | INSTITUTUL INIMII "NICULAIE STANCIOIU" CLUJ-NAPOCA | 1,2387 | 14.689 |
| 79 | CJ10 | SPITALUL MUNICIPAL DEJ | 0,6376 | 6.419 |
| 80 | CJ11 | SPITALUL MUNICIPAL TURDA | 0,6462 | 6.756 |
| 81 | CJ12 | SPITALUL MUNICIPAL GHERLA | 0,5162 | 5.355 |
| 82 | CJ14 | SPITALUL MUNICIPAL CAMPIA TURZII | 0,5763 | 6.913 |
| 83 | CJ21 | INSTITUTUL DE UROLOGIE SI TRANSPLANT RENAL CLUJ-NAPOCA | 0,7216 | 13.510 |
| 84 | CL01 | SPITALUL JUDETEAN CALARASI | 0,6361 | 8.156 |
| 85 | CL02 | SPITALUL MUNICIPAL OLTENITA | 0,5944 | 7.005 |
| 86 | CS01 | SPITALUL JUDETEAN RESITA | 0,6364 | 7.757 |
| 87 | CS02 | SPITALUL MUNICIPAL CARANSEBES | 0,6196 | 7.845 |
| 88 | CT01 | SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA CONSTANTA | 0,7318 | 7.359 |
| 89 | CT04 | SPITALUL MUNICIPAL MEDGIDIA | 0,6024 | 7.094 |
| 90 | CT06 | SPITALUL MUNICIPAL MANGALIA | 0,6092 | 10.337 |
| 91 | CT14 | SPITALUL CLINIC BOLI INFECT. CONSTANTA | 0,5922 | 7.280 |
| 92 | CV01 | SPITALUL JUDETEAN SF.GHEORGHE | 0,6737 | 8.454 |
| 93 | CV03 | SPITALUL MUNICIPAL TG.SECUIESC | 0,6250 | 5.669 |
| 94 | DB01 | SPITALUL JUDETEAN TARGOVISTE | 0,6590 | 7.967 |
| 95 | DB04 | SPITALUL ORASENESC MORENI | 0,5453 | 6.117 |
| 96 | DB11 | SPITALUL MUNICIPAL MANASTIREA DEALU | 0,7433 | 5.673 |
| 97 | DJ01 | SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA CRAIOVA NR.1 | 0,7233 | 9.634 |
| 98 | DJ02 | SPITALUL CLINIC MUNICIPAL FILANTROPIA CRAIOVA NR.2 | 0,6931 | 8.807 |
| 99 | DJ03 | SPITALUL CLINIC BOLI INFECT.SI PNEUMOFTIZ.NR.3 | 0,7106 | 12.157 |
| 100 | DJ04 | SPITALUL MUNICIPAL BAILESTI | 0,5316 | 5.283 |

| | | | | |
|-----|------|---|--------|--------|
| 101 | DJ07 | SPITALUL MUNICIPAL CALAFAT | 0,5925 | 6.148 |
| 102 | DJ21 | CENTRUL DE CARDIOLOGIE CRAIOVA | 0,6332 | 15.280 |
| 103 | GJ01 | SPITALUL JUDETEAN TG.JIU | 0,5969 | 7.038 |
| 104 | GJ02 | SPITALUL MUNICIPAL MOTRU | 0,5301 | 5.892 |
| 105 | GL01 | SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "SF.APOSTOL ANDREI" GALATI | 0,6610 | 6.785 |
| 106 | GL02 | SPITALUL PENTRU COPII "SF.IOAN" GALATI | 0,5935 | 7.087 |
| 107 | GL04 | SPITALUL OBSTETRICA GINECOLOGIE "BUNA VESTIRE" GALATI | 0,5935 | 5.087 |
| 108 | GL06 | SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE "CUVIOASA PARASCHIVA" GALATI | 0,6382 | 5.456 |
| 109 | GL07 | SPITALUL MUNICIPAL "ANTON CINCU" TECUCI | 0,5935 | 5.156 |
| 110 | GR01 | SPITALUL JUDETEAN GIURGIU | 0,5768 | 7.991 |
| 111 | HD01 | SPITALUL JUDETEAN DEVA | 0,6678 | 11.137 |
| 112 | HD02 | SPITALUL MUNICIPAL HUNEDOARA | 0,6646 | 11.619 |
| 113 | HD03 | SPITALUL DE URGENTA PETROSANI | 0,6405 | 12.146 |
| 114 | HD07 | SPITALUL MUNICIPAL BRAD | 0,5639 | 8.359 |
| 115 | HD08 | SPITALUL MUNICIPAL ORASTIE | 0,6133 | 8.256 |
| 116 | HR01 | SPITALUL JUDETEAN MIERCUREA CIUC | 0,7463 | 8.719 |
| 117 | HR02 | SPITALUL MUNICIPAL ODORHEIU SECUIESC | 0,6234 | 5.621 |
| 118 | HR04 | SPITALUL MUNICIPAL TOPLITA | 0,5670 | 5.740 |
| 119 | IF01 | SPITALUL CLINIC "PROF. DR. TH. BURGHELE" | 0,4912 | 8.417 |
| 120 | IF06 | SPITALUL JUDETEAN "SF. IMPARATI CONSTANTIN SI ELENA" | 0,6597 | 7.662 |
| 121 | IL01 | SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA SLOBOZIA | 0,5999 | 8.073 |
| 122 | IL02 | SPITALUL MUNICIPAL URZICENI | 0,5115 | 6.307 |
| 123 | IL03 | SPITALUL MUNICIPAL FETESTI | 0,5554 | 5.848 |
| 124 | IS01 | SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTE "SF.SPIRIDON" | 0,9004 | 8.352 |
| 125 | IS02 | SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "SF. MARIA" | 0,7425 | 10.099 |
| 126 | IS03 | CENTRUL DE CARDIOLOGIE IASI | 1,2387 | 17.598 |
| 127 | IS04 | SPITALUL CLINIC "DR. I. C. PARHON" | 0,6902 | 18.255 |
| 128 | IS05 | SPITALUL CLINIC DE OBST-GINEC. "CUZA VODA" | 0,4753 | 9.981 |
| 129 | IS06 | SPITALUL CLINIC OBST-GINEC."ELENA DOAMNA"IASI | 0,5742 | 8.882 |
| 130 | IS09 | SPITALUL CLINIC BOLI INFECTIOASE "SF.PARASCHIVA" IASI | 0,6179 | 8.988 |
| 131 | IS10 | SPITALUL CLINIC DE URGENTE | 0,9319 | 12.907 |
| 132 | IS11 | SPITALUL CLINIC DE URGENTE "SF.TREIME" | 0,9170 | 7.068 |
| 133 | IS14 | SPITALUL MUNICIPAL PASCANI | 0,6017 | 7.450 |
| 134 | IS22 | Institutul de Gastroenterologie si Hepatologie Iasi | 0,7977 | 7.349 |
| 135 | MH01 | SPITALUL JUDETEAN DROBETA TURNU SEVERIN | 0,6680 | 7.538 |
| 136 | MH02 | SPITALUL MUNICIPAL ORSOVA | 0,5503 | 6.860 |
| 137 | MM01 | SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BAI A MARE | 0,7384 | 7.706 |
| 138 | MM02 | SPITALUL MUNIC.BOLI INFECT.DERMATOVENER.SI PSIH. BAI A MARE | 0,6386 | 6.470 |
| 139 | MM04 | SPITALUL MUNICIPAL SIGHETU MARMATIEI | 0,6591 | 7.770 |
| 140 | MS01 | SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA MURES | 0,8241 | 9.427 |
| 141 | MS03 | INSTITUTUL DE BOLI CARDIO-VASCULARE SI TRANSPLANT TG.MURES | 0,8679 | 17.715 |
| 142 | MS04 | SPITALUL MUNICIPAL SIGHISOARA | 0,5928 | 7.687 |
| 143 | MS06 | SPITALUL MUNICIPAL "DR. EUGEN NICOARA" REGHIN | 0,5889 | 6.246 |
| 144 | MS07 | SPITALUL MUNICIPAL "DR. GH. MARINESCU" TIRNAVENI | 0,6722 | 7.235 |
| 145 | NT01 | SPITALUL JUDETEAN PIATRA NEAMT | 0,6989 | 7.617 |
| 146 | NT02 | SPITALUL MUNICIPAL ROMAN | 0,6002 | 6.056 |
| 147 | OT01 | SPITALUL JUDETEAN SLATINA | 0,6333 | 5.941 |
| 148 | OT03 | SPITALUL MUNICIPAL CARACAL | 0,5901 | 5.559 |
| 149 | PH01 | SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PLOIESTI | 0,7548 | 7.896 |
| 150 | PH04 | SPITALUL DE OBST.GINECOL.PLOIESTI | 0,5210 | 8.915 |
| 151 | PH07 | SPITALUL MUNICIPAL CIMPINA | 0,6075 | 7.628 |
| 152 | PH20 | SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE PLOIESTI | 0,5370 | 8.060 |
| 153 | PH98 | SPITALUL MUNICIPAL PLOIESTI | 0,7386 | 7.222 |
| 154 | PH99 | SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIESTI | 0,5528 | 8.681 |
| 155 | SB01 | SPITALUL CLINIC JUDETEAN SIBIU | 0,7461 | 11.454 |

| | | | | |
|-----|------|---|--------|--------|
| 156 | SB04 | SPITALUL MUNICIPAL MEDIAS | 0,6473 | 5.481 |
| 157 | SB08 | SPITALUL CLINIC DE PEDIATRIE SIBIU | 0,5798 | 10.495 |
| 158 | SJ01 | SPITALUL JUDETEAN ZALAU | 0,6362 | 7.102 |
| 159 | SM01 | SPITALUL JUDETEAN SATU-MARE | 0,6235 | 8.065 |
| 160 | SM04 | SPITALUL MUNICIPAL CAREI | 0,5328 | 6.189 |
| 161 | SV01 | SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "SF.IOAN CEL NOU" SUCEAVA | 0,6679 | 6.832 |
| 162 | SV02 | SPITALUL MUNICIPAL CIMPULUNG MOLDOVENESC | 0,5935 | 6.564 |
| 163 | SV03 | SPITALUL MUNICIPAL FALTICENI | 0,5167 | 6.206 |
| 164 | SV05 | SPITALUL MUNICIPAL RADAUTI | 0,6243 | 5.582 |
| 165 | SV07 | SPITALUL MUNICIPAL VATRA DORNEI | 0,5637 | 6.414 |
| 166 | TL01 | SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA TULCEA | 0,5935 | 8.171 |
| 167 | TM01 | SPITALUL CLINIC JUDETEAN TIMISOARA | 0,7824 | 10.677 |
| 168 | TM02 | SPITALUL CLINIC MUNICIPAL TIMISOARA | 0,7602 | 8.974 |
| 169 | TM03 | SPITALUL CLINIC DE URGENTA PT. COPII "LOUIS TURCANU" TIMISOARA | 0,7534 | 10.720 |
| 170 | TM04 | SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI PNEUMOFTIZIOLOGIE "DR. V. BABES" TIMISOARA | 0,7016 | 14.617 |
| 171 | TM05 | SPITALUL CLINIC DE FEMEI NR 5 TIMISOARA | 0,5742 | 9.073 |
| 172 | TM06 | INSTITUTUL CLINIC DE BOLI CARDIOVASCULARE TIMISOARA | 1,2387 | 12.180 |
| 173 | TM07 | SPITALUL MUNICIPAL LUGOJ | 0,5956 | 7.853 |
| 174 | TR01 | SPITALUL JUDETEAN ALEXANDRIA | 0,6264 | 7.280 |
| 175 | TR02 | SPITALUL MUNICIPAL TURNU MAGURELE | 0,5914 | 6.013 |
| 176 | TR03 | SPITALUL MUNICIPAL "CARITAS" ROSIORII DE VEDE | 0,5572 | 6.417 |
| 177 | VL01 | SPITALUL JUDETEAN VILCEA | 0,6607 | 8.435 |
| 178 | VL02 | SPITALUL OBSTETRICA-GINECOLOGIE | 0,4710 | 8.681 |
| 179 | VL03 | SPITALUL DRAGASANI | 0,6006 | 5.965 |
| 180 | VN01 | SPITALUL JUDETEAN FOCSANI | 0,5472 | 10.335 |
| 181 | VN02 | SPITALUL MUNICIPAL ADJUD | 0,5378 | 5.368 |
| 182 | VS01 | SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA VASLUI | 0,6300 | 6.884 |
| 183 | VS02 | SPITALUL MUNICIPAL DE ADULTI BIRLAD | 0,6375 | 6.346 |
| 184 | VS03 | SPITALUL MUNICIPAL DE COPII "SF.NICOLAE" BIRLAD | 0,5642 | 5.508 |
| 185 | VS04 | SPITALUL MUNICIPAL HUSI | 0,5496 | 6.044 |

NOTĂ

1. la stabilirea indicelui de complexitate a cazurilor (ICM) s-au utilizat datele aferente cazurilor externate si raportate pentru primele 10 luni din anul 2003
2. pentru spitalele care nu au raportat electronic cazurile externate s-a apreciat un ICM de la spitalele de acelasi tip sau profil
3. la calcularea tarifelor pe anul 2004 s-a realizat un amestec intre tariful pe caz ponderat al fiecarui spital (80%) si tariful pe caz ponderat (8.563 mii lei) la nivel national (20%).

Lista categoriilor majore de diagnostice, tipurile de cazuri (grupele de diagnostice) și valorile relative

| Categoria majoră de diagnostic (CMD) | Descriere CMD |
|--------------------------------------|--|
| 1 | Boli și tulburări ale sistemului nervos |
| 2 | Boli și tulburări ale ochiului |
| 3 | Boli și tulburări ale urechii, nasului, gurii și gâtului |
| 4 | Boli și tulburări ale sistemului respirator |
| 5 | Boli și tulburări ale sistemului circulator |
| 6 | Boli și tulburări ale aparatului digestiv |
| 7 | Boli și tulburări ale sistemului hepato-biliar și ale pancreasului |
| 8 | Boli și tulburări ale sistemului musculoscheletal și tesutului conjunctiv |
| 9 | Boli și tulburări ale pielii, tesutului subcutanat și sanului |
| 10 | Boli și tulburări ale glandelor endocrine, boli de nutriție și metabolism |
| 11 | Boli și tulburări ale aparatului urinar (rinichi, tract urinar) |
| 12 | Boli și tulburări ale aparatului reproductiv masculin |
| 13 | Boli și tulburări ale aparatului reproductiv feminin |
| 14 | Sarcina, naștere și lauzie |
| 15 | Nou născut sănătos și bolnav (perioada perinatală) |
| 16 | Boli ale sângelui, boli și disfuncții ale organelor hematopoetice, boli imunologice |
| 17 | Boli și tulburări mieloproliferative, neoplasme slab diferențiate |
| 18 | Boli infecțioase și parazitare, sistemice sau cu localizare nespecificată |
| 19 | Boli și tulburări mentale |
| 20 | Alcoolism / utilizarea drogurilor și tulburări mentale organice induse de utilizarea alcoolului/drogurilor |
| 21 | Leziuni, otrăviri și efecte toxice ale drogurilor |
| 22 | Arsuri |
| 23 | Factori care influențează starea de sănătate și alte contacte cu serviciile de sănătate |
| 24 | Traumatism multiplu semnificativ |
| 25 | Infecții cu virusul imunodeficienței umane |

| Grupa de diagnostic | Categoria majoră de diagnostic (CMD) | Categorie Medicală / Chirurgicală (M/C) | Descrierea grupelor de diagnostice | Valoare relativă |
|---------------------|--------------------------------------|---|--|------------------|
| 1 | 1 | C | Craniotomie >17 ani, exceptând craniotomia pentru traumatism | 3,0165 |
| 2 | 1 | C | Craniotomie pentru traumatism >17 ani | 3,4127 |
| 3 | 1 | C | Craniotomie, vârsta 0-17 ani | 2,4674 |
| 4 | 1 | C | Proceduri pe coloana vertebrală | 1,7782 |

| | | | | |
|----|---|---|---|--------|
| 5 | 1 | C | Proceduri vasculare extracraniene | 1,0674 |
| 6 | 1 | C | "Eliberarea" canalului carpian | 0,6373 |
| 7 | 1 | C | Proceduri la nivelul nervilor periferici sau cranieni sau alte proceduri pe sistemul nervos cu complicatii si comorbiditati | 2,0845 |
| 8 | 1 | C | Proceduri la nivelul nervilor periferici sau cranieni sau alte proceduri pe sistemul nervos fara complicatii si comorbiditati | 0,9996 |
| 9 | 1 | M | Tulburari si leziuni ale maduvei spinarii | 0,9011 |
| 10 | 1 | M | Neoplasme ale sistemului nervos cu complicatii si comorbiditati | 1,0637 |
| 11 | 1 | M | Neoplasme ale sistemului nervos fara complicatii si comorbiditati | 0,6961 |
| 12 | 1 | M | Boli degenerative ale sistemului nervos | 0,9989 |
| 13 | 1 | M | Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa | 0,7904 |
| 14 | 1 | M | Boli cerebrovasculare specifice cu exceptia atacului ischemic tranzitor | 1,0779 |
| 15 | 1 | M | Atac ischemic tranzitor si ocluzii precerebrale | 0,6051 |
| 16 | 1 | M | Boli cerebrovasculare nespecifice cu complicatii si comorbiditati | 1,0696 |
| 17 | 1 | M | Boli cerebrovasculare nespecifice fara complicatii si comorbiditati | 0,6339 |
| 18 | 1 | M | Boli ale nervilor cranieni si periferici cu complicatii si comorbiditati | 0,8592 |
| 19 | 1 | M | Boli ale nervilor cranieni si periferici fara complicatii si comorbiditati | 0,6034 |
| 20 | 1 | M | Infectiile sistemului nervos cu exceptia meningitei virale | 2,0717 |
| 21 | 1 | M | Meningita virala | 0,6626 |
| 22 | 1 | M | Encefalopatia hipertensiva | 0,9116 |
| 23 | 1 | M | Coma si stupoarea netraumatica | 0,7015 |
| 24 | 1 | M | Convulsii si cefalee, varsta>17 ani cu complicatii si comorbiditati | 0,7720 |
| 25 | 1 | M | Convulsii si cefalee, varsta>17 ani fara complicatii si comorbiditati | 0,5879 |
| 26 | 1 | M | Convulsii si cefalee, varsta 0-17ani | 0,5383 |
| 27 | 1 | M | Stupoare traumatica si coma, coma durata>1 ora | 1,1446 |
| 28 | 1 | M | Stupoare traumatica si coma, coma durata<1 ora, varsta >17 ani cu complicatii si comorbiditati | 1,1068 |
| 29 | 1 | M | Stupoare traumatica si coma, coma durata<1 ora, varsta >17 ani fara complicatii si comorbiditati | 0,5477 |
| 30 | 1 | M | Stupoare traumatica si coma, coma durata<1 ora, 0-17 ani. | 0,4611 |
| 31 | 1 | M | Comotie cerebrala, varsta >17ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,6500 |
| 32 | 1 | M | Comotie cerebrala, varsta >17ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,3729 |
| 33 | 1 | M | Comotie cerebrala, varsta 0-17ani | 0,2885 |
| 34 | 1 | M | Alte tulburari ale sistemului nervos cu complicatii si comorbiditati | 0,9366 |
| 35 | 1 | M | Alte tulburari ale sistemului nervos fara complicatii si comorbiditati | 0,6376 |
| 36 | 2 | C | Interventii pe retina | 0,8288 |
| 37 | 2 | C | Interventii pe orbita | 1,0853 |
| 38 | 2 | C | Interventii primare pe iris | 0,3222 |
| 39 | 2 | C | Interventii pe cristalin cu sau fara vitrectomie | 0,6226 |
| 40 | 2 | C | Proceduri extraoculare cu exceptia orbitei varsta >17 ani | 0,8752 |

| | | | | |
|----|---|---|---|--------|
| 41 | 2 | C | Proceduri extraoculare cu exceptia orbitei varsta 0-17 ani | 0,6202 |
| 42 | 2 | C | Proceduri intraoculare cu exceptia retinei, irisului si cristalinului | 0,5688 |
| 43 | 2 | M | Hifema | 0,3288 |
| 44 | 2 | M | Infectiile acute majore ale ochiului | 0,4175 |
| 45 | 2 | M | Tulburari neurologice ale ochiului | 0,6210 |
| 46 | 2 | M | Alte boli ale ochiului, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,7218 |
| 47 | 2 | M | Alte boli ale ochiului, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,3939 |
| 48 | 2 | M | Alte boli ale ochiului, varsta 0-17 ani | 0,4735 |
| 49 | 3 | C | Interventii majore la nivelul capului si gatului | 1,9348 |
| 50 | 3 | C | Sialoadenectomia | 0,8096 |
| 51 | 3 | C | Interventii pe glanda salivara cu exceptia sialoadenectomiei | 0,8518 |
| 52 | 3 | C | Buza de iepure si reparatia valului palatin | 0,5696 |
| 53 | 3 | C | Interventii pe sinus si mastoida varsta >17 ani | 1,4910 |
| 54 | 3 | C | Interventii pe sinus si mastoida varsta 0-17 ani | 1,1459 |
| 55 | 3 | C | Interventii diverse pe ureche, nas, gura si gat | 0,9720 |
| 56 | 3 | C | Rinoplastia | 0,9947 |
| 57 | 3 | C | Interventii pe tonsile si adenoizi, cu exceptia tonsilectomiei si/sau doar adenoidectomiei, varsta >17 ani | 0,4845 |
| 58 | 3 | C | Interventii pe tonsile si adenoizi, cu exceptia tonsilectomiei si/sau doar adenoidectomiei, varsta 0-17 ani | 0,5830 |
| 59 | 3 | C | Tonsilectomie si/sau doar adenoidectomie, varsta >17 ani | 0,6257 |
| 60 | 3 | C | Tonsilectomie si/sau doar adenoidectomie, varsta 0-17 ani | 0,4336 |
| 61 | 3 | C | Miringotomie cu insertia tubara, varsta >17ani | 1,0407 |
| 62 | 3 | C | Miringotomie cu insertia tubara, varsta 0-17 ani | 0,5662 |
| 63 | 3 | C | Alte proceduri chirurgicale pe ureche, nas, gura si gat | 1,4843 |
| 64 | 3 | M | Tumorile maligne ale urechii, nasului, gurii si gatului | 1,2467 |
| 65 | 3 | M | Tulburari de echilibru | 0,4524 |
| 66 | 3 | M | Epistaxis | 0,5267 |
| 67 | 3 | M | Epiglotita | 0,7256 |
| 68 | 3 | M | Infectii resp. sup. si otita medie varsta>17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,5081 |
| 69 | 3 | M | Infectii resp. sup. si otita medie varsta>17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,3403 |
| 70 | 3 | M | Infectii resp. sup. si otita medie varsta 0-17 ani | 0,3544 |
| 71 | 3 | M | Laringotraheita | 0,2955 |
| 72 | 3 | M | Traumatisme si deformari nazale | 0,5458 |
| 73 | 3 | M | Alte diagnostice ale urechii, nasului, gurii si gatului, varsta >17ani | 0,5571 |
| 74 | 3 | M | Alte diagnostice ale urechii, nasului, gurii si gatului, varsta 0-17ani | 0,5228 |
| 75 | 4 | C | Interventii majore la nivelul toracelui | 2,5035 |
| 76 | 4 | C | Alte proceduri chirurgicale pe sistemul respirator cu complicatii si comorbiditati | 2,2287 |
| 77 | 4 | C | Alte proceduri chirurgicale pe sistemul respirator fara complicatii si comorbiditati | 0,9628 |
| 78 | 4 | M | Embolia pulmonara | 1,0597 |
| 79 | 4 | M | Infectii si inflamatii respiratorii, >17 ani cu complicatii si comorbiditati | 1,3100 |

| | | | | |
|-----|---|---|--|---------|
| 80 | 4 | M | Infectii si inflamatii respiratorii, >17 ani fara complicatii si comorbiditati | 0,7350 |
| 81 | 4 | M | Infectii si inflamatii respiratorii, 0-17 ani | 1,5598 |
| 82 | 4 | M | Neoplasme aparat respirator | 1,1370 |
| 83 | 4 | M | Traumatisme majore ale toracelui cu complicatii si comorbiditati | 0,6845 |
| 84 | 4 | M | Traumatisme majore ale toracelui fara complicatii si comorbiditati | 0,4318 |
| 85 | 4 | M | Transudat pleural cu complicatii si comorbiditati | 0,9791 |
| 86 | 4 | M | Transudat pleural fara complicatii si comorbiditati | 0,6298 |
| 87 | 4 | M | Edem pulmonar si insuficienta respiratorie | 0,9906 |
| 88 | 4 | M | Boala pulmonara cronica obstructiva | 0,6955 |
| 89 | 4 | M | Pneumonia simpla si pleurezia, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,8111 |
| 90 | 4 | M | Pneumonia simpla si pleurezia, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,4709 |
| 91 | 4 | M | Pneumonia simpla si pleurezia, 0-17 ani | 0,4489 |
| 92 | 4 | M | Boala interstitiala pulmonara cu complicatii si comorbiditati | 0,9188 |
| 93 | 4 | M | Boala interstitiala pulmonara fara complicatii si comorbiditati | 0,7238 |
| 94 | 4 | M | Pneumotorax cu complicatii si comorbiditati | 0,8763 |
| 95 | 4 | M | Pneumotorax fara complicatii si comorbiditati | 0,4653 |
| 96 | 4 | M | Bronsita si astm, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,5789 |
| 97 | 4 | M | Bronsita si astm, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,4188 |
| 98 | 4 | M | Bronsita si astm, 0-17 ani | 0,4079 |
| 99 | 4 | M | Semne si simptome respiratorii, cu complicatii si comorbiditati | 0,5816 |
| 100 | 4 | M | Semne si simptome respiratorii, fara complicatii si comorbiditati | 0,4267 |
| 101 | 4 | M | Alte boli ale aparatului respirator cu complicatii si comorbiditati | 0,7080 |
| 102 | 4 | M | Alte boli ale aparatului respirator fara complicatii si comorbiditati | 0,3963 |
| 103 | 5 | C | Transplant cardiac | 21,6378 |
| 104 | 5 | C | Proceduri pe valve cardiace si alte proceduri majore chirurgicale cu cateterism cardiac | 6,4053 |
| 105 | 5 | C | Proceduri pe valvele cardiace si alte proceduri majore chirurgicale fara cateterism cardiac | 4,9033 |
| 106 | 5 | C | Bypass coronarian cu angioplastie coronariana transluminala percutanata (ACTP) | 5,0750 |
| 107 | 5 | C | Bypass coronarian cu cateterism cardiac | 3,3862 |
| 108 | 5 | C | Alte proceduri cardiotoracice | 3,9737 |
| 109 | 5 | C | Bypass coronarian fara cateterism cardiac | 2,8277 |
| 110 | 5 | C | Alte proceduri majore cardiovasculare cu complicatii si comorbiditati | 3,4164 |
| 111 | 5 | C | Alte proceduri majore cardiovasculare fara complicatii si comorbiditati | 2,1724 |
| 112 | 5 | C | Proceduri cardiovasculare percutanate | 1,2797 |
| 113 | 5 | C | Amputatie pentru tulburari ale sistemului circulator cu exceptia celor de la membrul superior si a halucelui | 2,4517 |
| 114 | 5 | C | Amputatie pentru tulburari ale sistemului circulator la nivelul membrului superior si a halucelui | 1,3461 |
| 115 | 5 | C | Implantarea permanenta a pacemaker-ului cardiac cu infarct miocardic, insuficienta sau soc cardiac, sau proceduri de implant interesand sonde sau generatori de cardioversie - defibrilare atriala | 3,3348 |

| | | | | |
|-----|---|---|--|--------|
| 116 | 5 | C | Alte implantari permanente de pacemaker cardiac sau angioplastie coronariana transluminala percutanata (ACTP) cu implantare de stent arterial coronarian | 1,6728 |
| 117 | 5 | C | Control pacemaker cardiac cu exceptia inlocuirii acestuia | 1,0456 |
| 118 | 5 | C | Inlocuirea pacemaker-ului cardiac | 1,7005 |
| 119 | 5 | C | Ligatura venelor si stripping | 1,0580 |
| 120 | 5 | C | Alte proceduri chirurgicale pentru sistemul circulator | 2,0357 |
| 121 | 5 | M | Tulburari circulatorii cu infarct miocardic acut, complicatii majore, externat in viata | 1,2584 |
| 122 | 5 | M | Tulburari circulatorii fara infarct miocardic acut, complicatii majore, externat viata | 0,8318 |
| 123 | 5 | M | Tulburari circulatorii cu infarct miocardic acut, decedat | 1,6044 |
| 124 | 5 | M | Tulburari circulatorii cu exceptia infarct miocardic acut cu cateterism cardiac si diagnostic complex | 0,9709 |
| 125 | 5 | M | Tulburari circulatorii cu exceptia infarct miocardic acut cu cateterism cardiac fara diagnostic complex | 0,7185 |
| 126 | 5 | M | Endocardita acuta si subacuta | 1,6687 |
| 127 | 5 | M | Insuficienta cardiaca si socul | 0,8219 |
| 128 | 5 | M | Tromboflebita venoasa profunda | 0,6753 |
| 129 | 5 | M | Stop cardiac, neexplicat | 0,9334 |
| 130 | 5 | M | Tulburari vasculare periferice cu complicatii si comorbiditati | 0,7910 |
| 131 | 5 | M | Tulburari vasculare periferice fara complicatii si comorbiditati | 0,4986 |
| 132 | 5 | M | Ateroscleroza cu complicatii si comorbiditati | 0,4869 |
| 133 | 5 | M | Ateroscleroza fara complicatii si comorbiditati | 0,4059 |
| 134 | 5 | M | Hipertensiunea arteriala | 0,4878 |
| 135 | 5 | M | Boli congenitale cardiace si valvulare, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,7474 |
| 136 | 5 | M | Boli congenitale cardiace si valvulare, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,4302 |
| 137 | 5 | M | Boli congenitale cardiace si valvulare, 0-17 ani | 0,8649 |
| 138 | 5 | M | Aritmia cardiaca si tulburari de conducere cu complicatii si comorbiditati | 0,6636 |
| 139 | 5 | M | Aritmia cardiaca si tulburari de conducere fara complicatii si comorbiditati | 0,4091 |
| 140 | 5 | M | Angina pectorala | 0,4292 |
| 141 | 5 | M | Sincopa si colapsul cu complicatii si comorbiditati | 0,5515 |
| 142 | 5 | M | Sincopa si colapsul fara complicatii si comorbiditati | 0,4232 |
| 143 | 5 | M | Durerea toracica | 0,3893 |
| 144 | 5 | M | Alte boli ale sistemului circulator cu complicatii si comorbiditati | 1,1116 |
| 145 | 5 | M | Alte boli ale sistemului circulator fara complicatii si comorbiditati | 0,5313 |
| 146 | 6 | C | Rezectia rectala cu complicatii si comorbiditati | 2,0621 |
| 147 | 6 | C | Rezectia rectala fara complicatii si comorbiditati | 1,4386 |
| 148 | 6 | C | Interventii majore pe intestinul subtire si gros cu complicatii si comorbiditati | 2,5279 |
| 149 | 6 | C | Interventii majore pe intestinul subtire si gros fara complicatii si comorbiditati | 1,2425 |
| 150 | 6 | C | Debridare peritoneala cu complicatii si comorbiditati | 1,8428 |
| 151 | 6 | C | Debridare peritoneala fara complicatii si comorbiditati | 0,9780 |
| 152 | 6 | C | Interventii minore pe intestinul subtire si gros cu complicatii si comorbiditati | 1,6743 |

| | | | | |
|-----|---|---|--|--------|
| 153 | 6 | C | Interventii minore pe intestinul subtire si gros fara complicatii si comorbiditati | 1,0829 |
| 154 | 6 | C | Interventii pe stomac, esofag si duoden, >17 ani cu complicatii si comorbiditati | 3,1043 |
| 155 | 6 | C | Interventii pe stomac, esofag si duoden, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 1,2437 |
| 156 | 6 | C | Interventii pe stomac, esofag si duoden, 0-17 ani. | 1,3143 |
| 157 | 6 | C | Interventii la nivelul anusului sau pe stome cu complicatii si comorbiditati | 0,9094 |
| 158 | 6 | C | Interventii la nivelul anusului sau pe stome fara complicatii si comorbiditati | 0,4798 |
| 159 | 6 | C | Interventii pentru hernie, cu exceptia celor inghinale si femurale, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 1,0458 |
| 160 | 6 | C | Interventii pentru hernie, cu exceptia celor inghinale si femurale, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,6827 |
| 161 | 6 | C | Interventii pentru hernia inghinala si femurala, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,8160 |
| 162 | 6 | C | Interventii pe hernia inghinala si femurala, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,5655 |
| 163 | 6 | C | Interventii hernii varsta 0-17 ani | 0,6393 |
| 164 | 6 | C | Apendicectomie cu diagnostic principal complicat, cu complicatii si comorbiditati | 1,2550 |
| 165 | 6 | C | Apendicectomie cu diagnostic principal complicat, fara complicatii si comorbiditati | 0,7193 |
| 166 | 6 | C | Apendicectomie fara diagnostic principal complicat, cu complicatii si comorbiditati | 0,8137 |
| 167 | 6 | C | Apendicectomie fara diagnostic principal complicat, fara complicatii si comorbiditati | 0,5837 |
| 168 | 3 | C | Interventii la nivelul gurii cu complicatii si comorbiditati | 1,0228 |
| 169 | 3 | C | Interventii la nivelul gurii fara complicatii si comorbiditati | 0,6680 |
| 170 | 6 | C | Alte interventii chirurgicale pe sistemul digestiv cu complicatii si comorbiditati | 2,3090 |
| 171 | 6 | C | Alte proceduri chirurgicale pe sistemul digestiv fara complicatii si comorbiditati | 0,9444 |
| 172 | 6 | M | Tumori maligne digestive cu complicatii si comorbiditati | 1,2921 |
| 173 | 6 | M | Tumori maligne digestive fara complicatii si comorbiditati | 0,7548 |
| 174 | 6 | M | Hemoragie cu complicatii si comorbiditati | 0,8530 |
| 175 | 6 | M | Hemoragie fara complicatii si comorbiditati | 0,4304 |
| 176 | 6 | M | Ulcer peptic complicat | 0,9166 |
| 177 | 6 | M | Ulcer peptic necomplicat cu complicatii si comorbiditati | 0,6828 |
| 178 | 6 | M | Ulcer peptic necomplicat fara complicatii si comorbiditati | 0,4375 |
| 179 | 6 | M | Boala inflamatorie a intestinului | 0,7187 |
| 180 | 6 | M | Obstructii gastrointestinale cu complicatii si comorbiditati | 0,7192 |
| 181 | 6 | M | Obstructii gastrointestinale fara complicatii si comorbiditati | 0,4134 |
| 182 | 6 | M | Esofagita, gastroenterita si alte tulburari digestive, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,5926 |
| 183 | 6 | M | Esofagita, gastroenterita si alte tulburari digestive, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,3916 |
| 184 | 6 | M | Esofagita, gastroenterita si alte tulburari digestive, 0-17 ani | 0,3778 |
| 185 | 3 | M | Boli ale dintilor si gurii cu exceptia extractiilor si lucrarilor dentare, varsta>17 ani | 0,6153 |

| | | | | |
|-----|---|---|---|--------|
| 186 | 3 | M | Boli ale dintilor si gurii cu exceptia extractiilor si lucrarilor dentare, 0-17 ani | 0,3951 |
| 187 | 3 | M | Extractii dentare si lucrari dentare | 0,6963 |
| 188 | 6 | M | Alte diagnostice ale aparatului digestiv >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,8682 |
| 189 | 6 | M | Alte diagnostice ale aparatului digestiv >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,4751 |
| 190 | 6 | M | Alte diagnostice ale aparatului digestiv, 0-17 ani | 0,7120 |
| 191 | 7 | C | Interventii pe pancreas, ficat si şunt cu complicatii si comorbiditati | 3,5894 |
| 192 | 7 | C | Interventii pe pancreas, ficat si şunt fara complicatii si comorbiditati | 1,4629 |
| 193 | 7 | C | Interventii pe tractul biliar cu exceptia colecistectomiei, cu sau fara explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati | 2,9005 |
| 194 | 7 | C | Interventii pe tractul biliar cu exceptia colecistectomiei, cu sau fara explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati | 1,3241 |
| 195 | 7 | C | Colecistectomie cu explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati | 2,0740 |
| 196 | 7 | C | Colecistectomie cu explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati | 1,3685 |
| 197 | 7 | C | Colecistectomie cu exceptia interv. laparoscopice fara explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati | 1,7633 |
| 198 | 7 | C | Colecistectomie cu exceptia interv. laparoscopice fara explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati | 0,9399 |
| 199 | 7 | C | Proceduri pentru diagnosticarea tumorilor maligne hepatobiliare | 1,8787 |
| 200 | 7 | C | Proceduri pentru diagnosticarea tumorilor ne-maligne hepatobiliare | 2,3726 |
| 201 | 7 | C | Alte interventii chirurgicale hepatobiliare si pancreas | 3,0798 |
| 202 | 7 | M | Ciroza si hepatita alcoolica | 1,2249 |
| 203 | 7 | M | Tumori maligne ale sistemului hepatobiliar sau pancreasului | 1,2242 |
| 204 | 7 | M | Boli ale pancreasului cu exceptia tumorilor maligne | 0,8117 |
| 205 | 7 | M | Boli ale ficatului cu exceptia tumorilor maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu complicatii si comorbiditati | 1,0979 |
| 206 | 7 | M | Boli ale ficatului cu exceptia tumorilor, cirozei, hepatitei alcoolice fara complicatii si comorbiditati | 0,5835 |
| 207 | 7 | M | Boli ale tractului biliar cu complicatii si comorbiditati | 0,9484 |
| 208 | 7 | M | Boli ale tractului biliar fara complicatii si comorbiditati | 0,5097 |
| 209 | 8 | C | Interventii asupra articulatiilor mari si reimplantare membre inferioare | 1,9704 |
| 210 | 8 | C | Interventii asupra femurului si soldului cu exceptia articulatiilor mari, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 1,6521 |
| 211 | 8 | C | Interventii asupra femurului si soldului cu exceptia articulatiilor mari, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 1,2603 |
| 212 | 8 | C | Interventii asupra femurului si soldului cu exceptia articulatiilor mari, varsta 0-17 ani | 1,4946 |
| 213 | 8 | C | Amputatii pentru afectiuni musculoscheletale sau boli ale tesutului conjunctiv | 1,7347 |
| 216 | 8 | C | Biopsie sistem musculoscheletal si tesut conjunctiv | 1,8743 |
| 217 | 8 | C | Debridarea plagilor si grefa cutanata cu exceptia miinii, pentru afectiuni musculoscheletale si ale tesutului conjunctiv | 3,1571 |

| | | | | |
|-----|---|---|---|--------|
| 218 | 8 | C | Interventii pe membrele inferioare si humerus cu exceptia sold, picior, femur, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 1,5486 |
| 219 | 8 | C | Interventii pe membrele inferioare si humerus cu exceptia sold, picior, femur, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,9708 |
| 220 | 8 | C | Interventii pe membrele inferioare si humerus cu exceptia sold, picior, femur, varsta 0-17 ani | 0,9988 |
| 223 | 8 | C | Interventii majore asupra umarului, cotului sau altor parti membrul sup. cu complicatii si comorbiditati | 0,8398 |
| 224 | 8 | C | Interventii asupra umarului, cotului, antebratului cu exceptia articulatiilor mari, fara complicatii si comorbiditati | 0,7133 |
| 225 | 8 | C | Interventii asupra piciorului | 0,9629 |
| 226 | 8 | C | Interventii asupra tesuturilor moi cu complicatii si comorbiditati | 1,1479 |
| 227 | 8 | C | Interventii asupra tesuturilor moi fara complicatii si comorbiditati | 0,6837 |
| 228 | 8 | C | Interventii majore asupra policelui, articulatiilor sau alte interventii la nivelul miinii sau pumnului cu complicatii si comorbiditati | 1,0314 |
| 229 | 8 | C | Interventii asupra miinii sau pumnului cu exceptia articulatiilor mari fara complicatii si comorbiditati | 0,6866 |
| 230 | 8 | C | Incizia locala si extractia materialelor de osteosinteza din sold si femur | 1,1722 |
| 231 | 8 | C | Incizia locala si extractia materialelor de osteosinteza cu exceptia sold si femur | 1,0674 |
| 232 | 8 | C | Artroscopia | 0,7669 |
| 233 | 8 | C | Alte interventii chirurgicale asupra sist. musculoscheletal si a tesutului conjunctiv cu complicatii si comorbiditati | 1,9885 |
| 234 | 8 | C | Alte interventii chirurgicale asupra sist. musculoscheletal si a tesutului conjunctiv fara complicatii si comorbiditati | 1,3538 |
| 235 | 8 | M | Fracturi de femur | 0,7061 |
| 236 | 8 | M | Fracturi de sold si bazin | 0,6575 |
| 237 | 8 | M | Luxaxii,entorse si dislocari de sold, pelvis, coapsa | 0,5567 |
| 238 | 8 | M | Osteomielifita | 1,0108 |
| 239 | 8 | M | Fracturi patologice, neoplazii musculoscheletale si ale tesutului conjunctiv | 1,0201 |
| 240 | 8 | M | Boli ale tesutului conjunctiv cu complicatii si comorbiditati | 1,4529 |
| 241 | 8 | M | Boli ale tesutului conjunctiv fara complicatii si comorbiditati | 0,7436 |
| 242 | 8 | M | Artrita septica | 0,8009 |
| 243 | 8 | M | Probleme medicale ale spatelui | 0,6121 |
| 244 | 8 | M | Boli ale oaselor si artropatii specifice cu complicatii si comorbiditati | 0,6887 |
| 245 | 8 | M | Boli ale oaselor si artropatii specifice fara complicatii si comorbiditati | 0,5346 |
| 246 | 8 | M | Artropatii nespecifice | 0,6082 |
| 247 | 8 | M | Semne si simptome ale ap. musculoscheletal si ale tesutului conjunctiv | 0,5183 |
| 248 | 8 | M | Tendinita, miozita, bursita | 0,7340 |
| 249 | 8 | M | Ingrijire post-tratament pentru afectiuni musculoscheletale si ale tesutului conjunctiv | 0,6352 |
| 250 | 8 | M | Fracturi, luxaxii, entorse, dislocari - antebrat, mina, picior, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,7039 |
| 251 | 8 | M | Fracturi, luxaxii, entorse, dislocari - antebrat, mina, picior, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,4291 |

| | | | | |
|-----|---|---|---|--------|
| 252 | 8 | M | Fracturi, luxatii, entorse, dislocari - antebrat, mina, picior, varsta 0-17 ani | 0,3040 |
| 253 | 8 | M | Fracturi, luxatii, entorse, dislocari partea de sus a bratului, partea de jos membru inf cu exceptia piciorului, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,6658 |
| 254 | 8 | M | Fracturi, luxatii, entorse, dislocari partea de sus a bratului, partea de jos membru inf cu exceptia piciorului, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,4396 |
| 255 | 8 | M | Fracturi, luxatii, entorse, dislocari partea de sus a bratului, partea de jos membru inf cu exceptia piciorului, 0-17 ani | 0,3912 |
| 256 | 8 | M | Alte diagnostice musculoscheletale si ale tesutului conjunctiv | 0,6686 |
| 257 | 9 | C | Mastectomie totala pentru neoplazie, cu complicatii si comorbiditati | 0,8827 |
| 258 | 9 | C | Mastectomie totala pentru neoplazie, fara complicatii si comorbiditati | 0,8172 |
| 259 | 9 | C | Mastectomie subtotala pentru neoplazie, cu complicatii si comorbiditati | 0,7794 |
| 260 | 9 | C | Mastectomie subtotala pentru neoplazie, fara complicatii si comorbiditati | 0,5588 |
| 261 | 9 | C | Interventii pe san pt afectiuni non-maligne cu exceptia biopsiei si exciziei locale | 0,9974 |
| 262 | 9 | C | Biopsie si excizie locala a glandei mamare pentru afectiuni non-maligne | 0,6033 |
| 263 | 9 | C | Grefa cutanata si/sau debridare pentru ulcer cutanat sau celulita cu complicatii si comorbiditati | 1,6922 |
| 264 | 9 | C | Grefa cutanata si/sau debridare pentru ulcer cutanat sau celulita fara complicatii si comorbiditati | 0,8815 |
| 265 | 9 | C | Grefa cutanata si/sau debridare exceptie cele pt ulcer cutanat sau celulita cu complicatii si comorbiditati | 1,5820 |
| 266 | 9 | C | Grefa cutanata si/sau debridare exceptie cele pt ulcer cutanat sau celulita fara complicatii si comorbiditati | 0,9518 |
| 267 | 9 | C | Interventii perianale si pilonidale | 0,5945 |
| 268 | 9 | C | Interventii reconstructive (plastice) la nivel cutanat, tesut subcutanat, san | 0,6402 |
| 269 | 9 | C | Alte interventii piele, tesutului subcutanat, san cu complicatii si comorbiditati | 1,3169 |
| 270 | 9 | C | Alte interventii piele, tesutului subcutanat, san fara complicatii si comorbiditati | 0,6447 |
| 271 | 9 | M | Ulcer cutanat | 0,8302 |
| 272 | 9 | M | Afectiuni cutanate majore cu complicatii si comorbiditati | 1,1886 |
| 273 | 9 | M | Afectiuni cutanate majore fara complicatii si comorbiditati | 0,4617 |
| 274 | 9 | M | Neoplazii ale glandei mamare cu complicatii si comorbiditati | 0,8851 |
| 275 | 9 | M | Neoplazii ale glandei mamare fara complicatii si comorbiditati | 0,4961 |
| 276 | 9 | M | Afectiuni benigne ale glandei mamare | 0,4554 |
| 277 | 9 | M | Celulita varsta >17 ani cu complicatii si comorbiditati | 0,6876 |
| 278 | 9 | M | Celulita varsta >17 ani fara complicatii si comorbiditati | 0,4152 |
| 279 | 9 | M | Celulita varsta 0-17 ani | 0,3886 |
| 280 | 9 | M | Traumatisme ale pielii, tesutului subcutanat, ale glandei mamare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,5519 |
| 281 | 9 | M | Traumatisme ale pielii, tesutului subcutanat, glandei mamare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,3728 |

| | | | | |
|-----|----|---|---|---------|
| 282 | 9 | M | Traumatisme ale pielii, tesutului subcutanat, ale glandei mamare, varsta 0-17 ani | 0,3718 |
| 283 | 9 | M | Afectiuni cutanate minore cu complicatii si comorbiditati | 0,6212 |
| 284 | 9 | M | Afectiuni cutanate minore fara complicatii si comorbiditati | 0,3725 |
| 285 | 10 | C | Amputatii ale membrilor inferioare pentru afectiuni endocrine, metabolice si nutritionale | 1,8735 |
| 286 | 10 | C | Interventii pe glanda suprarenala si hipofiza | 1,7583 |
| 287 | 10 | C | Grefe cutanate si debridare a plagilor din afectiuni endocrine, metabolice, nutritionale | 1,6018 |
| 288 | 10 | C | Interventii chirurgicale pentru obezitate | 1,4409 |
| 289 | 10 | C | Interventii pe paratiroide | 0,8040 |
| 290 | 10 | C | Interventii pe tiroida | 0,6538 |
| 291 | 10 | C | Interventii pe tract tireoglos | 0,5060 |
| 292 | 10 | C | Alte proceduri chirurgicale pentru afectiuni endocrine, nutritionale si metabolice cu complicatii si comorbiditati | 2,2455 |
| 293 | 10 | C | Alte proceduri chirurgicale pentru afectiuni endocrine, nutritionale si metabolice fara complicatii si comorbiditati | 1,3696 |
| 294 | 10 | M | Diabet varsta >35 ani | 0,6427 |
| 295 | 10 | M | Diabet varsta 0-35 ani | 0,4928 |
| 296 | 10 | M | Diverse afectiuni metabolice si nutritionale varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,7282 |
| 297 | 10 | M | Diverse afectiuni metabolice si nutritionale varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,4477 |
| 298 | 10 | M | Diverse afectiuni metabolice si nutritionale varsta 0-17 ani | 0,3981 |
| 299 | 10 | M | Boli ereditare ale metabolismului | 1,1701 |
| 300 | 10 | M | Afectiuni endocrine cu complicatii si comorbiditati | 0,8263 |
| 301 | 10 | M | Afectiuni endocrine fara complicatii si comorbiditati | 0,4764 |
| 302 | 11 | C | Transplant renal | 10,3959 |
| 303 | 11 | C | Interventii asupra rinichiului, ureterului, si vezicii urinare in neoplazii | 1,9541 |
| 304 | 11 | C | Interventii asupra rinichiului, ureterului, si vezicii urinare in afectiuni benigne cu complicatii si comorbiditati | 2,1472 |
| 305 | 11 | C | Interventii asupra rinichiului, ureterului, si vezicii urinare in afectiuni benigne fara complicatii si comorbiditati | 1,2863 |
| 306 | 11 | C | Prostatectomie cu complicatii si comorbiditati | 0,8990 |
| 307 | 11 | C | Prostatectomie fara complicatii si comorbiditati | 0,4385 |
| 308 | 11 | C | Interventii minore asupra vezicii urinare cu complicatii si comorbiditati | 1,4724 |
| 309 | 11 | C | Interventii minore asupra vezicii urinare fara complicatii si comorbiditati | 1,0088 |
| 310 | 11 | C | Interventii transuretrale cu complicatii si comorbiditati | 0,7397 |
| 311 | 11 | C | Interventii transuretrale fara complicatii si comorbiditati | 0,4947 |
| 312 | 11 | C | Interventii uretrale, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,9782 |
| 313 | 11 | C | Interventii uretrale, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,6780 |
| 314 | 11 | C | Interventii uretrale, varsta 0-17 ani | 0,6557 |
| 315 | 11 | C | Alte interventii chirurgicale pe rinichi si cai urinare | 1,8975 |
| 316 | 11 | M | Insuficienta renala | 1,1953 |
| 317 | 11 | M | Internare pentru dializa renala | 0,5442 |

| | | | | |
|-----|----|---|--|--------|
| 318 | 11 | M | Neoplasme renale si de cai urinare cu complicatii si comorbiditati | 0,9441 |
| 319 | 11 | M | Neoplasme renale si de cai urinare fara complicatii si comorbiditati | 0,6283 |
| 320 | 11 | M | Infectii renale si de cai urinare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,7079 |
| 321 | 11 | M | Infectii renale si de cai urinare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,4188 |
| 322 | 11 | M | Infectii renale si de cai urinare, varsta 0-17 ani | 0,4986 |
| 323 | 11 | M | Litiaza urinara cu complicatii si comorbiditati si/sau litotripsie extracorporeala | 0,4740 |
| 324 | 11 | M | Litiaza urinara fara complicatii si comorbiditati | 0,3202 |
| 325 | 11 | M | Semne si simptome de afectare renala sau de cai urinare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,5227 |
| 326 | 11 | M | Semne si simptome de afectare renala sau de cai urinare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,3753 |
| 327 | 11 | M | Semne si simptome de afectare renala sau de cai urinare, varsta 0-17ani | 0,3851 |
| 328 | 11 | M | Strictura uretrala varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,5436 |
| 329 | 11 | M | Strictura uretrala varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,4820 |
| 330 | 11 | M | Strictura uretrala varsta 0-17 ani | 0,5760 |
| 331 | 11 | M | Alte boli renale si de cai urinare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 1,0639 |
| 332 | 11 | M | Alte boli renale si de cai urinare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,5248 |
| 333 | 11 | M | Alte boli renale si de cai urinare, varsta 0-17 ani | 0,8893 |
| 334 | 12 | C | Interventii majore pelvine la barbat, cu complicatii si comorbiditati | 1,1127 |
| 335 | 12 | C | Interventii majore pelvine la barbat, fara complicatii si comorbiditati | 0,9148 |
| 336 | 12 | C | Prostatectomia transuretrala cu complicatii si comorbiditati | 0,6275 |
| 337 | 12 | C | Prostatectomia transuretrala fara complicatii si comorbiditati | 0,4340 |
| 338 | 12 | C | Interventii pe testicule pentru neoplazii | 1,0160 |
| 339 | 12 | C | Interventii pe testicule pentru afectiuni benigne varsta >17 ani | 0,8863 |
| 340 | 12 | C | Interventii pe testicule pentru afectiuni benigne varsta 0-17 ani | 0,5306 |
| 341 | 12 | C | Interventii la nivelul penisului | 1,1070 |
| 342 | 12 | C | Circumcizia varsta >17 ani | 0,9513 |
| 343 | 12 | C | Circumcizia varsta 0-17 ani | 0,4227 |
| 344 | 12 | C | Alte proceduri chirurgicale pentru neoplazii ale ap. reproductiv masculin | 1,4741 |
| 345 | 12 | C | Alte proceduri chirurgicale ap. reproductiv masculin exceptie neoplazii | 1,0847 |
| 346 | 12 | M | Neoplazii ale ap. reproductiv masculin cu complicatii si comorbiditati | 0,9482 |
| 347 | 12 | M | Neoplazii ale ap. reproductiv masculin fara complicatii si comorbiditati | 0,6036 |
| 348 | 12 | M | Hipertrofia benigna de prostata cu complicatii si comorbiditati | 0,5610 |
| 349 | 12 | M | Hipertrofia benigna de prostata fara complicatii si comorbiditati | 0,3531 |
| 350 | 12 | M | Inflamatii ale aparatului genital masculin | 0,4977 |
| 351 | 12 | M | Sterilizarea masculina | 0,2364 |
| 352 | 12 | M | Alte boli ale aparatului genital masculin | 0,4883 |

| | | | | |
|-----|----|---|--|--------|
| 353 | 13 | C | Eviscerarea pelvisului, histerectomie totala si vulvectomie radicala | 2,1663 |
| 354 | 13 | C | Interventii uterine/anexiale pentru neoplazii non-ovariene/anexiale cu complicatii si comorbiditati | 1,2755 |
| 355 | 13 | C | Interventii uterine/anexiale pentru neoplazii non-ovariene/anexiale fara complicatii si comorbiditati | 0,6808 |
| 356 | 13 | C | Interventii reconstructive ale aparatului genital feminin | 0,6347 |
| 357 | 13 | C | Interventii pe uter si anexe pentru neoplazii anexiale sau ovariene | 1,8769 |
| 358 | 13 | C | Interventii pe uter si anexe pentru afectiuni non-maligne cu complicatii si comorbiditati | 0,8171 |
| 359 | 13 | C | Interventii pe uter si anexe pentru afectiuni non-maligne fara complicatii si comorbiditati | 0,6206 |
| 360 | 13 | C | Interventii pe vagin, col uterin si vulva | 0,7502 |
| 361 | 13 | C | Ligatura trompelor uterine prin incizie sau laparoscopie | 0,8192 |
| 362 | 13 | C | Ligatura endoscopica a trompelor uterine | 0,6160 |
| 363 | 13 | C | Dilatate si chiuretaj, conizatie si implant radioactiv pentru neoplazii | 0,8958 |
| 364 | 13 | C | Dilatate si chiuretaj, conizatie, exceptie neoplazii | 0,6893 |
| 365 | 13 | C | Alte proceduri chirurgicale asupra tractului genital feminin | 1,0846 |
| 366 | 13 | M | Neoplazii ap. reproductiv feminin cu complicatii si comorbiditati | 1,1170 |
| 367 | 13 | M | Neoplazii ap. reproductiv feminin fara complicatii si comorbiditati | 0,5246 |
| 368 | 13 | M | Infectii ap. reproductiv feminin | 0,5642 |
| 369 | 13 | M | Tulburari menstruale si alte tulburari ale aparatului genital feminin | 0,4318 |
| 370 | 14 | C | Cezariana cu complicatii si comorbiditati | 0,8573 |
| 371 | 14 | C | Cezariana fara complicatii si comorbiditati | 0,6318 |
| 372 | 14 | M | Nasterea vaginala cu diagnostic complicat | 0,5465 |
| 373 | 14 | M | Nasterea vaginala fara diagnostic complicat | 0,4358 |
| 374 | 14 | C | Nastere vaginala cu sterilizare si/sau dilatare si chiuretaj | 0,6210 |
| 375 | 14 | C | Nasterea vaginala cu alte proceduri chirurgicale cu exceptia sterilizarii si/sau dilatare si chiuretaj | 0,8636 |
| 376 | 14 | M | Diagnostice postpartum si postabortum fara interventii chirurgicale | 0,4626 |
| 377 | 14 | C | Diagnostice postpartum si postabortum cu interventii chirurgicale | 0,8590 |
| 378 | 14 | M | Sarcina ectopica | 0,6810 |
| 379 | 14 | M | Iminenta de avort | 0,6140 |
| 380 | 14 | M | Avortul fara dilatare si chiuretaj | 0,4688 |
| 381 | 14 | C | Avortul cu dilatare si chiuretaj, chiuretaj prin aspiratie sau hysterotomie | 0,5612 |
| 382 | 14 | M | Falsul travaliu | 0,3827 |
| 383 | 14 | M | Alte diagnostice antepartum cu complicatii si comorbiditati medicale | 0,4641 |
| 384 | 14 | M | Alte diagnostice antepartum fara complicatii si comorbiditati medicale | 0,4358 |
| 385 | 15 | M | Fatul mort sau transferat la o alta unitate de ingrijiri acute | 3,0686 |
| 386 | 15 | M | Prematurul foarte mic sau sindromul de detresa respiratorie | 5,1301 |
| 387 | 15 | M | Prematuritate cu probleme majore | 1,6385 |
| 388 | 15 | M | Prematuritate fara probleme majore | 0,3709 |

| | | | | |
|-----|----|---|--|--------|
| 389 | 15 | M | Nou-nascutul la termen cu probleme majore | 0,4357 |
| 390 | 15 | M | Nou-nascutul cu alte probleme semnificative | 0,1721 |
| 391 | 15 | M | Nou-nascutul normal | 0,1344 |
| 392 | 16 | C | Splenectomie varsta >17 ani | 2,2407 |
| 393 | 16 | C | Splenectomie varsta 0-17 ani | 1,4521 |
| 394 | 16 | C | Alte interventii chirurgicale pentru organele hematopoetice sau sange | 1,9666 |
| 395 | 16 | M | Boli la nivelul hematiilor varsta >17 ani | 0,7235 |
| 396 | 16 | M | Boli la nivelul hematiilor varsta 0-17 ani | 0,7602 |
| 397 | 16 | M | Boli de coagulare | 1,3608 |
| 398 | 16 | M | Boli reticuloendoteliale si imune cu complicatii si comorbiditati | 1,4219 |
| 399 | 16 | M | Boli reticuloendoteliale si imune fara complicatii si comorbiditati | 0,5801 |
| 400 | 17 | C | Limfom si leucemia cu interventii chirurgicale majore | 2,5848 |
| 401 | 17 | C | Limfom si leucemia cronica cu alte interventii chirurgicale cu complicatii si comorbiditati | 2,4312 |
| 402 | 17 | C | Limfom si leucemia cronica cu alte interventii chirurgicale fara complicatii si comorbiditati | 1,0961 |
| 403 | 17 | M | Limfom si leucemia non-acuta cu complicatii si comorbiditati | 1,8642 |
| 404 | 17 | M | Limfom si leucemia non-acuta fara complicatii si comorbiditati | 0,9754 |
| 405 | 17 | M | Leucemia acuta fara interventii chirurgicale majore varsta 0-17 ani | 5,8928 |
| 406 | 17 | C | Boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferite cu interventii chirurgicale majore cu complicatii si comorbiditati | 2,3899 |
| 407 | 17 | C | Boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferite cu interventii chirurgicale majore fara complicatii si comorbiditati | 1,3159 |
| 408 | 17 | C | Boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferite cu alte interventii chirurgicale | 2,4381 |
| 409 | 17 | M | Radioterapia | 0,8810 |
| 410 | 17 | M | Chemoterapie fara leucemie acuta ca diagnostic secundar | 1,1128 |
| 411 | 17 | M | Istoric de neoplazie fara endoscopie | 0,3769 |
| 412 | 17 | M | Istoric de neoplazie cu endoscopie | 0,7133 |
| 413 | 17 | M | Alte boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferite cu complicatii si comorbiditati | 1,2997 |
| 414 | 17 | M | Alte boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferite fara complicatii si comorbiditati | 0,8384 |
| 415 | 18 | C | Interventii chirurgicale pentru boli infectioase si parazitare | 2,8385 |
| 416 | 18 | M | Septicemia varsta > 17 ani | 1,3316 |
| 417 | 18 | M | Septicemia varsta 0-17 ani | 0,7935 |
| 418 | 18 | M | Infectii postoperatorii si post traumatice | 0,7472 |
| 419 | 18 | M | Febra de cauza necunoscuta varsta >17 ani cu complicatii si comorbiditati | 0,7746 |
| 420 | 18 | M | Febra de cauza necunoscuta varsta >17 ani fara complicatii si comorbiditati | 0,4703 |
| 421 | 18 | M | Boli virale, varsta >17 ani | 0,5534 |
| 422 | 18 | M | Boli virale si febra de cauza necunoscuta la varste 0- 17 ani | 0,3877 |
| 423 | 18 | M | Diagnosticarea altor boli infectioase si parazitare | 1,3290 |
| 424 | 19 | C | Interventii chirurgicale pentru diagnostic principal de boala mentala | 2,3301 |
| 425 | 19 | M | Reactia acuta de adaptare si disfunctia psihosociala | 0,5872 |
| 426 | 19 | M | Nevroza depresiva | 0,4723 |
| 427 | 19 | M | Nevrozele cu exceptia depresiei | 0,5847 |

| | | | | |
|-----|----|---|---|--------|
| 428 | 19 | M | Tulburari de personalitate si control al impulsului | 1,1703 |
| 429 | 19 | M | Tulburari organice si retardarea mentala | 0,9343 |
| 430 | 19 | M | Psihozele | 0,8075 |
| 431 | 19 | M | Tulburari mentale la copii | 0,8491 |
| 432 | 19 | M | Diagnosticul altor boli mentale | 1,0565 |
| 433 | 20 | M | Abuzul sau dependenta de alcool/medicamente, externat la cerere | 0,2255 |
| 434 | 20 | M | Abuzul sau dependenta de alcool/medicamente, dezintoxicarea sau alte trat. simptomatice cu complicatii si comorbiditati | 0,5386 |
| 435 | 20 | M | Abuzul sau dependenta de alcool/med, dezintoxicarea sau alte trat. simplt. fara complicatii si comorbiditati | 0,3176 |
| 436 | 20 | M | Dependenta de alcool/medicamente cu terapie de recuperare | 0,7433 |
| 437 | 20 | M | Dependenta de alcool/med. cu combinarea recuperarii si terapiei de detoxifiere | 0,5292 |
| 439 | 21 | C | Grefa cutanata pentru leziuni | 2,0993 |
| 440 | 21 | C | Debridarea plagilor/leziunilor | 1,7458 |
| 441 | 21 | C | Manopere manuale pentru leziuni | 0,9130 |
| 442 | 21 | C | Alte proceduri chirurgicale pentru leziuni cu complicatii si comorbiditati | 1,9433 |
| 443 | 21 | C | Alte proceduri chirurgicale pentru leziuni fara complicatii si comorbiditati | 0,8701 |
| 444 | 21 | M | Leziuni traumatice varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,5716 |
| 445 | 21 | M | Leziuni traumatice varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,3957 |
| 446 | 21 | M | Leziuni traumatice varsta 0-17 ani | 0,3510 |
| 447 | 21 | M | Reactii alergice varsta >17 ani | 0,3781 |
| 448 | 21 | M | Reactii alergice varsta 0-17 ani | 0,2441 |
| 449 | 21 | M | Intoxicatii si efecte toxice ale medicamentelor varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati | 0,7575 |
| 450 | 21 | M | Intoxicatii si efecte toxice ale medicamentelor varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati | 0,3882 |
| 451 | 21 | M | Intoxicatii si efecte toxice ale medicamentelor varsta 0-17 ani | 0,4293 |
| 452 | 21 | M | Complicatii ale tratamentelor, cu complicatii si comorbiditati | 0,8362 |
| 453 | 21 | M | Complicatii ale tratamentelor, fara complicatii si comorbiditati | 0,4312 |
| 454 | 21 | M | Alte diagnostice de leziuni, intoxicatii si efecte toxice cu complicatii si comorbiditati | 0,5459 |
| 455 | 21 | M | Alte diagnostice de leziuni, intoxicatii si efecte toxice fara complicatii si comorbiditati | 0,3323 |
| 461 | 23 | C | Interventii chirurgicale si diagnostice in cadrul contactului cu alte servicii de sanatate | 1,9454 |
| 462 | 23 | M | Recuperare | 1,6187 |
| 463 | 23 | M | Semne si simptome cu complicatii si comorbiditati | 0,6307 |
| 464 | 23 | M | Semne si simptome fara complicatii si comorbiditati | 0,4293 |
| 465 | 23 | M | Ingrijire post terapeutica cu istoric de neoplazie ca diagnostic secundar | 0,5328 |
| 466 | 23 | M | Ingrijire post terapeutica fara istoric de neoplazie ca diagnostic secundar | 0,6200 |
| 467 | 23 | M | Alti factori care influenteaza starea de sanatate. | 0,2338 |
| 468 | | C | Interventii chirurgicale extinse nelegate de diagnosticul principal | 2,6856 |
| 469 | | | Diagnostic principal invalid ca diagnostic de externare | 0,0000 |

| | | | | |
|-----|----|---|--|---------|
| 470 | | | Negrupabil | 0,0000 |
| 471 | 8 | C | Interventii asupra articulatiilor mari (bilaterale sau multiple) ale membrelor inferioare | 3,1039 |
| 473 | 17 | M | Leucemie acuta fara interventii chirurgicale majore varsta >17 ani | 4,6522 |
| 475 | 4 | M | Diagnostiche aparat respirator cu suport ventilator | 3,0217 |
| 476 | | C | Interventii operatorii prostatice ce nu au legatura cu diagnosticul principal | 1,7419 |
| 477 | | C | Interventii operatorii limitate ce nu au legatura cu diagnosticul principal | 1,4460 |
| 478 | 5 | C | Alte interventii vasculare cu complicatii si comorbiditati | 2,0940 |
| 479 | 5 | C | Alte interventii vasculare fara complicatii si comorbiditati | 1,1974 |
| 480 | | C | Transplant hepatic | 16,7572 |
| 481 | | C | Transplant de maduva | 9,3865 |
| 482 | | C | Traheostomie pentru diagnostic la nivelul fetei, cavitatii bucale si gitului | 3,9011 |
| 483 | | C | Traheostomie cu exceptia diagnosticare la nivelul fetei, cavitatii bucale si gitului | 13,6071 |
| 484 | 24 | C | Craniotomie pentru traumatisme semnificative multiple | 6,2160 |
| 485 | 24 | C | Reimplantarea membrelor, interventii asupra soldului si femurului pentru traum. semnificative multiple | 5,0386 |
| 486 | 24 | C | Alte interventii chirurgicale pentru traumatisme multiple semnificative | 4,7737 |
| 487 | 24 | M | Alte traumatisme multiple semnificative | 1,2767 |
| 488 | 25 | C | Infectia HIV cu interventii chirurgicale extinse | 4,4156 |
| 489 | 25 | M | Infectia HIV cu boli majore asociate | 1,5360 |
| 490 | 25 | M | Infectia HIV cu sau fara alte boli asociate | 0,9630 |
| 491 | 8 | C | Reatasarea membrelor si interventii asupra articulatiilor mari ale membrelor superioare | 1,5304 |
| 492 | 17 | M | Chimioterapie cu leucemie acuta ca diagnostic secundar | 5,8782 |
| 493 | 7 | C | Colecistectomie laparoscopica fara explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati | 1,2538 |
| 494 | 7 | C | Colecistectomie laparoscopica fara explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati | 0,8036 |
| 495 | | C | Transplantul pulmonar | 20,2084 |
| 496 | 8 | C | Tasare spinala combinata antero/posterioara | 5,1791 |
| 497 | 8 | C | Tasare spinala cu complicatii si comorbiditati | 2,9090 |
| 498 | 8 | C | Tasare spinala fara complicatii si comorbiditati | 1,7937 |
| 499 | 8 | C | Interventii la nivelul spatelui si gatului cu exceptia tasarii spinale cu complicatii si comorbiditati | 1,0513 |
| 500 | 8 | C | Interventii la nivelul spatelui si gatului cu exceptia tasarii spinale fara complicatii si comorbiditati | 0,6732 |
| 501 | 8 | C | Interventii pe genunchi cu dg. princ. infectie cu complicatii si comorbiditati | 1,8734 |
| 502 | 8 | C | Interventii pe genunchi cu dg. princ. infectie fara complicatii si comorbiditati | 1,1476 |
| 503 | 8 | C | Interventii pe genunchi fara dg. princ. infectie | 1,0468 |
| 504 | 22 | C | Arsuri extinse de grad 3 cu grefa de piele | 19,3756 |
| 505 | 22 | C | Arsuri extinse de grad 3 fara grefa de piele | 2,0409 |
| 506 | 22 | C | Arsuri profunde cu grefa de piele sau leziuni prin inhalare cu complicatii si comorbiditati sau trauma semnificativa | 4,7616 |

| | | | | |
|-----|----|---|--|--------|
| 507 | 22 | C | Arsuri profunde cu grefa de piele sau leziuni prin inhalare fara complicatii si comorbiditati sau trauma semnificativa | 2,0351 |
| 508 | 22 | M | Arsuri profunde fara grefa de piele sau leziuni prin inhalare cu complicatii si comorbiditati sau trauma semnificativa | 1,0639 |
| 509 | 22 | M | Arsuri profunde fara grefa de piele sau leziuni prin inhalare fara complicatii si comorbiditati sau trauma semnificativa | 0,6656 |
| 510 | 22 | M | Arsuri superficiale cu complicatii si comorbiditati sau trauma semnificativa | 1,4773 |
| 511 | 22 | M | Arsuri superficiale fara complicatii si comorbiditati sau trauma semnificativa | 0,7493 |

Definirea termenilor utilizați în sistemul DRG

Grupe de Diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG): o schemă de clasificare a pacienților externati (în funcție de diagnostic), care asigură o modalitate de a asocia tipurile de pacienți cu cheltuielile spitalicești efectuate.

Categoriile majore de diagnostice (CMD): o clasificare mai largă a pacienților doar pe baza diagnosticelor.

Valoare relativă (VR): Număr fără unitate care exprimă raportul dintre tariful unui DRG și tariful mediu al tuturor DRG-urilor.

Coeficient atribuit în funcție de cantitatea relativă de muncă, consumabile și resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afecțiunea/afecțiunile respective.

Groupier: aplicație computerizată (software) care permite alocarea automată a unui pacient într-un anumit DRG (pe baza datelor ce caracterizează fiecare caz externat).

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienți tratați într-un spital, în funcție de diagnostic și gravitate.

Indicele de case mix (Indicele de complexitate a cazurilor): Număr (fără unitate) care exprimă resursele necesare spitalului în concordanță cu pacienții tratați.

$$\text{ICM pentru spitalul A} = \frac{\sum(\text{Valoare Relativă DRGi} \times \text{nr. de cazuri DRGi})}{\text{Total nr. cazuri spital A}}$$

Pacienți ponderați (cazuri ponderate - CP): pacienți "virtuali" generați prin ajustarea cazurilor externate, în funcție de resursele asociate cu fiecare tip de caz.

$$\text{Nr. CP} = \text{Nr. cazuri} \times \text{ICM}$$

Costul pe caz ponderat (Rata de bază) - CCP(RB): Valoare de referință, ce reflectă costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

- pentru un spital:

$$CCPS_{2003} = \text{cheltuiala spitalului}_{2003} / \text{nr. total cazuri ponderate}_{2003}$$

- la nivel național:

$$CCPN_{2003} = \text{cheltuiala spitale nivel național}_{2003} / \text{nr. total cazuri ponderate}_{2003}$$

Tariful pe caz ponderat (TCP): valoarea de rambursare a unui caz ponderat la nivel de spital

- pentru anul 2004:

$$TCP_{2004} = (80\%CCPS_{2003} + 20\%CCPN_{2003})$$

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

$$TC_{DRGi} = TCP_{2004} \times VR_{DRGi}$$

Abrevieri:

DRG = Grupe de diagnostice

CMD = Categoriile majore de diagnostice

VR = Valoare Relativă

RB = Rata de bază

ICM = Indice de case mix (complexitate a cazurilor)

CP = Cazuri ponderate

A) FISA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

UNITATEA SANITARĂ Tel:
 DEPARTAMENTUL Fax:

Şef 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: |
| Achitat cu chitanța nr. | | Ora: |
| 5. Internat DA/NU - | | |
| Secția nr. FO | | Substanță contrast: |
| 6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: | | |
| DA/NU | | Precizări: |
| 7. Dg. trimitere ..... |  | ..... |
| ..... |  | Observații speciale legate de pacient: |
| ..... |  | 1. Asistat cardiorespirator ... DA/NU |
| 8. Date clinice și paraclinice care să justifice explorarea RMN: | | 2. Cooperare previzibilă Normală/Dificilă |
| ..... |  | 3. Antecedente alergice DA/NU |
| ..... |  | 4. Astm bronșic DA/NU |
| ..... |  | 5. Crize epileptice DA/NU |
| ..... |  | 6. Suspiciune de sarcină DA/NU |
| ..... |  | 7. Claustrofobie |
| ..... |  | 8. Clipuri chirurgicale, |
| ..... |  | materiale metalice de sutură |
| ..... |  | 9. Valve cardiace, ventriculare |
| ..... |  | 10. Proteze auditive |
| ..... |  | 11. Dispozitive intrauterine |
| 9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU | | 12. Proteze articulare, |
| | | materiale de osteosinteză |
| Dacă DA Data Unde | | 13. Materiale stomatologice |
| Trimis de (spital, clinică) | | 14. Alte proteze |
| ..... |  | 15. Meserii legate de prelucrarea |
| Medic solicitant Data: | | metalelor (schije, obiecte metalice) |
| Semnătura și parafa medicului solicitant | | 16. Corpi străini intraocular |
| | | 17. Schije, gloanțe, obiecte metalice |

Semnătura pacientului

Aviz șef secție solicitantă cu asumarea responsabilității*:
 (semnătura și parafa)

În caz de urgență, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2 - 3 ore iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore

| |
|--|
| PREZENȚA UNUI PACEMAKER ESTE O CONTRAINDICAȚIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!! |
|--|

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

B) FISA DE SOLICITARE EXAMEN CT

UNITATEA SANITARĂ Tel:
DEPARTAMENTUL Fax:

Şef departament
.....

| |
|----------------|
| URGENTĂ: DA/NU |
|----------------|

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ ţintă/segment anatomic de examinat

| | | |
|--|------------------------------|----------------------|
| 1. Pacient: Nume | Prenume | telefon |
| 2. Cod numeric personal | | |
| 3. Greutate | Kg | Programare examen CT |
| 4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU | | |
| Alte case | Data: | |
| Achitat cu chitanţa nr. | Ora: | |
| 5. Internat DA/NU - | | |
| Secţia nr. FO | Substanţa contrast: | |
| 6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: DA/NU | Precizări: | |
| 7. Dg. trimitere | | |
| | | |
| 8. Date clinice şi paraclinice care să justifice explorarea CT: | Diagnostic CT stabilit | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 9. Examen CT anterior: DA/NU | | |
| 10. Toleranţă la substanţa iodată: DA/NU | | |
| Trimis de (spital, clinică) | | |
| Medic solicitant Data: | | |

Semnătura şi parafa medicului
solicitant

Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii*:
(semnătura şi parafa)

Pentru URGENTE 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 asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

C) FISA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel:
DEPARTAMENTUL Fax:

Şef departament
.....

| |
|----------------|
| URGENTĂ: DA/NU |
|----------------|

FIŞA 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: |
| Achitat cu chitanța nr. | | 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 să justifice explorarea | | Diagnostic scintigrafic stabilit |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 9. Examen scintigrafic anterior: DA/NU | | *) Sarcina reprezintă |
| 10. Stări alergice*): DA/NU | | contraindicație de efectuare a |
| Trimis de (spital, clinică) | | examenului scintigrafic |
| Medic solicitant Data: | | Semnătura pacientului |
| Semnătura și parafa medicului | | (acolo unde este necesară |
| solicitant | | confirmarea) |

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 verbal 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

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 cardiacă și a vaselor mari | 9 |
| 8. Chirurgie vasculară | 7 |
| 9. Chirurgie toracică | 9 |
| 10. Chirurgie 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. Pneumoftiziologie | 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 acuți | 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.

NOTĂ:

1. La spitalele/secțiile de psihiatrie cronici, pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihici 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, Centrul Medical de Recuperare Neuropsihomotorie <<Gura Ocnitei>>, județul Dâmbovița, și Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie <<Dezna>>, județul Arad, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile.

3. La spitalele/secțiile aferente poziției nr. 2 din tabel durata optimă de spitalizare pentru recuperare pediatrică - distrofici și patologii 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.

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

Spitalul (sau altă unitate sanitară cu paturi autorizată/acreditată de Ministerul Sănătății pentru acordarea de servicii medicale spitalicești), cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin, având actul de înființare/organizare nr., autorizația sanitară de funcționare nr., certificatul de acreditare nr., codul fiscal și contul nr. deschis la Trezoreria statului, copie după dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical.

II. Obiectul contractului

ART. 1

(1) Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența 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 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 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 furnizează în baza recomandării de internare din partea medicului de familie, a medicului de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii sau a medicilor din unitățile de asistență medico-socială, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția urgențelor medico-chirurgicale, bolilor cu potențial

endemo-epidemic care necesită izolare și tratament, internărilor obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la [art. 105](#), [113](#) și [114](#) din Codul penal, precum și celor dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale.

(2) Aceste servicii constau în:

- a) consultații;
- b) investigații;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratamente medicale și 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 2004.

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 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

V. Obligațiile părților

ART. 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să contracteze servicii medicale spitalicești numai cu spitalele autorizate și acreditate în care își desfășoară activitatea medici care au specialitatea corespunzătoare profilului secțiilor spitalului;
- b) să monitorizeze serviciile medicale acordate asiguraților de către furnizorii de servicii medicale spitalicești, conform contractelor încheiate cu spitalele;
- c) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele negociate și contractate;
- d) să țină evidența internărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care acesta virează contribuția;
- e) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale spitalicești despre condițiile de contractare.

ART. 6

Furnizorul de servicii medicale spitalicești are următoarele obligații:

- a) să acorde servicii medicale spitalicești asiguraților respectând criteriile de calitate elaborate de organele abilitate prevăzute de lege;
- b) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență ori de câte ori se solicită aceste servicii;
- c) să informeze asigurații despre serviciile medicale oferite și despre modul în care sunt furnizate;
- d) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;
- e) să factureze lunar în vederea decontării de către casele de asigurări de sanătate, serviciile medicale spitalicești acordate asiguraților. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate; desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și se pun la dispoziție furnizorilor de servicii medicale spitalicești, contra cost, de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage nedecontarea la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale spitalicești a serviciilor furnizate;
- f) să acorde servicii medicale de specialitate tuturor asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia;
- g) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu de specialitate, prin scrisoare medicală, despre diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate, sau să transmită orice alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului;
- h) să respecte destinația sumelor contractate prin acte adiționale.
- i) să întocmească liste de așteptare pentru serviciile medicale programabile, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, pentru eficientizarea serviciilor medicale;
- j) să transmită datele solicitate de casele de asigurări de sănătate și de direcțiile de sănătate publică privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor consultate sau tratate, fiind direct răspunzătoare de corectitudinea acestora, potrivit formularelor de raportare stabilite prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate care se pun la dispoziție în mod gratuit;
- k) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți prin norme;
- l) să elibereze acte medicale în condițiile stabilite prin norme;
- m) să țină evidență distinctă a pacienților internați în urma unor accidente de muncă, inclusiv a sportivilor profesioniști, apărute în cadrul exercitării profesiei, accidente rutiere și vătămări corporale prin agresiune precum și a

îmbolnăvirilor profesionale, pentru care contravaloarea serviciilor medicale acordate nu se suportă din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

n) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform Clasificării internaționale a maladiilor - revizia X, pe baza reglementărilor în vigoare;

o) să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare;

p) să transmită Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București datele clinice la nivel de pacient pentru toți pacienții spitalizați, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății nr.29/2003 privind introducerea colectării electronice a setului minim de date la nivel de pacient (S.M.D.T.) în spitalele din România, pentru prelucrarea și analiza datelor în vederea contractării și decontării serviciilor spitalicești;

r) să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte condițiile de prescriere a medicamentelor prevăzute în Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman, conform reglementărilor în vigoare;

s) să asigure din fondurile contractate cheltuieli pentru combaterea infecțiilor nosocomiale;

VI. Modalități de plată

ART. 7

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 2003*) | Tarif pe caz ponderat pentru anul 2004**) | Suma |
|--------|-------------------------|---|--|-----------------------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | $C5=C2 \times C3 \times C4$ |
| TOTAL | | | | |

*) Indicele de case-mix pentru anul 2003 este prezentat în **Anexa nr. 18 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 asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

***) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2004 este prezentat în Anexa nr. 18 a) la Ordinul ministrului sănătății și familiei 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 asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

(b) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate în spitalele de cronici și de recuperare precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici de sine stătătoare și de recuperare din alte spitale, care se stabilește astfel :

| Secția | Nr. Cazuri externe | Durată optimă de spitalizare sau după caz durata de spitalizare efectiv realizată*) | Tarif pe zi de spitalizare | Sumă |
|--------|--------------------|---|----------------------------|-----------------------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | $C5=C2 \times C3 \times C4$ |
| TOTAL | | | | |

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în Anexa nr.20 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 asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

c) Sumă pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în Anexa nr. 18 a) la Ordin, care se stabilește astfel :

| Secția | Nr. Cazuri externe | Tarif pe mediu pe caz rezolvat | Suma |
|--------|--------------------|--------------------------------|-------------------|
| C1 | C2 | C3 | $C4=C2 \times C3$ |
| TOTAL | | | |

d) Sumă aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate in regim de spitalizare de zi , care se stabilește astfel:

| Numărul de servicii medicale contractat, pe tipuri | Tariful pe serviciu medical negociat | Suma corespunzătoare serviciilor contractate |
|--|--------------------------------------|--|
| C1 | C2 | $C3=C1 \times C2$ |
| TOTAL | X | |

| Dializă | Nr.bolnavi | Nr. ședințe | Tarif negociat | Suma |
|---------|------------|-------------|----------------|-----------------------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | $C5=C2 \times C3 \times C4$ |
| TOTAL | | | | |

Pentru dializă casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 3 ședințe pe săptămână pe bolnav.

Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2004 este de lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2004 se defalcchează 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.

(5) Lunar până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale spitalicești acordate asiguraților, în baza facturii și a desfășurătoarelor activităților realizate, în limita sumelor contractate și conform indicatorilor specifici. Pentru prima lună în care se aplică această prevedere, casa de asigurări de sănătate va efectua până la data de 10 a acestei luni decontarea finală a lunii precedente, iar până la data de 17 decontarea lunii curente pentru perioada 1 – 15, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate.

(6) 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.

ART. 8 Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr., deschis la trezoreria statului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 9 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile privind calitatea asistentei medicale acordate asiguraților, elaborate conform legii.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 10

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 11

În cazul în care termenele de plată prevăzute la [art. 7](#) alin. (5) și (6) nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

ART. 12

Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauza 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, 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 contractului

ART. 14

Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

a) spitalele nou-înființate nu încep activitatea în termen de cel mult 30 zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare, expirarea valabilității acesteia ori încetarea acreditării furnizorului;

c) nerespectarea obligațiilor contractuale, constatate cu ocazia controlului efectuat de instituțiile abilitate să efectueze acest control.

ART. 15

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) încetarea activității furnizorilor de servicii medicale spitalicești prin desființare sau reprofilare, faliment, dizolvare, lichidare;

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

c) acordul de voință al părților;

d) mutarea sediului unității sanitare;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului 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. 16

Situațiile prevăzute la [art. 14](#) și la [art. 15](#) lit. a) 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. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 17

Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul anulării de plin drept, din obiectul contractului a unor servicii, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) o secție/unele secții care nu mai îndeplinesc condiții de contractare;

b) retragerea, la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau expirarea termenului de valabilitate a acestuia

ART. 18

Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante pentru neîndeplinirea 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.19

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 din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 20

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

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

ART. 21

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intra 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 condițiile aplicării art. 37 din Legea nr. 507/2003 a bugetului de stat pe anul 2004, în limita fondului aferent asistenței medicale spitalicești, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22

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

Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23

(1) Litigiile 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 centrale de arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii.

ART. 24

Hotărârile Comisiei centrale de arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicești 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
medicale

Furnizor de servicii

Președinte - Director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director adjunct economic,
.....

Director adjunct relații contractuale,
.....

Vizat
Oficiul juridic

I. Act adițional

Privind sume pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală - staționar de zi, cabinete de planificare familiala finanțate din fondul alocat pentru asistența medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice formată din :

1. Cheltuieli de personal

| Tipul de unitate | Nr.de persoane | Fond de salarii | Contribuții asupra salariilor suportate de unitate | Total cheltuieli de personal |
|------------------|----------------|-----------------|--|------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL | | | | |

2. Cheltuieli de întreținere și funcționare

| Tipul de unitate | Ponderea cheltuielilor de personal în totalul cheltuielilor de personal pe unitate (%) | Cheltuieli de întreținere și funcționare a spitalului | Cheltuieli de întreținere și funcționare aferente activității |
|------------------|--|---|---|
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | |

II. Act adițional

Pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, stabilită conform prevederilor Anexei nr. 9 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 asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003

Actul adițional se adaptează conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice.

III. Act adițional

Privind suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în: boli infectioase, stationare de zi, structuri de primire urgente - unitate de primire urgente, compartiment de primire urgente, modul de urgenta, camera de garda-, cabinet stomatologic pentru serviciile de urgenta finanțată din fondul alocat asistenței medicale spitalicească, formată din :

1. Cheltuieli de personal

| Tipul de unitate | Nr.de persoane | Fond de salarii | Contribuții asupra salariilor suportate de unitate | Total cheltuieli de personal |
|------------------|----------------|-----------------|--|------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL | | | | |

2. Cheltuieli de întreținere și funcționare

| Tipul de unitate | Pondere cheltuielilor de personal în totalul cheltuielilor de personal pe unitate (%) | Cheltuieli de întreținere și funcționare a spitalului | Cheltuieli de întreținere și funcționare aferente activității |
|------------------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | |

IV. Act adițional

Privind suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru serviciile medical paraclinice, stabilită conform prevederilor Anexei nr. 9 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 asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003

| Nr. crt. | Serviciul paraclinic | Tarif negociat*) | Numar de servicii negociate | Suma |
|----------|----------------------|------------------|-----------------------------|----------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5=C3xC4 |
| | | | | |
| | TOTAL | X | | |

*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractului.

Suma anuală contractată este lei, din care:

- trimestrul I lei
- trimestrul II lei
- trimestrul III lei
- trimestrul IV lei.

V. Act adițional

Privind suma pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, farmaciștii și stomatologii rezidenți din anii 3 - 7, pentru medicii, stomatologii și farmaciștii stagiați, și pentru personalul din activitatea de cercetare, care au încheiat contracte individuale de muncă cu spitalele

| Anul rezidențial | | Numărul de medici rezidenți | Fondul de salarii | Contribuții asupra salariilor suportate de unitate | Total cheltuieli de personal |
|-----------------------|------------|-----------------------------|-------------------|--|------------------------------|
| III | Medic | | | | |
| | Stomatolog | | | | |
| | Farmacist | | | | |
| IV | Medic | | | | |
| | Stomatolog | | | | |
| | Farmacist | | | | |
| V | Medic | | | | |
| | Stomatolog | | | | |
| | Farmacist | | | | |
| VI | Medic | | | | |
| | Stomatolog | | | | |
| | Farmacist | | | | |
| VII | Medic | | | | |
| | Stomatolog | | | | |
| | Farmacist | | | | |
| Personal de cercetare | | | | | |
| Total | | | | | |

| Profilul | Număr de medici stagiari | Fondul de salarii | Din care, suma suportată din fondul de șomaj | Contribuții asupra fondului de salarii | Suma suportată de casa de asigurări de sănătate |
|----------|--------------------------|-------------------|--|--|---|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 | $C6=C3-C4+C5$ |
| | | | | | |
| Total | | | | | |

LISTA CRITERIILOR DE CALITATE PENTRU ACTIVITATEA DESFAȘURATĂ LA NIVELUL UNITĂȚILOR SPITALICEȘTI

1. Semnalizarea spitalului în zonă și semnalizarea interioară a circuitelor importante utilizate de pacientul internat
2. Autorizație sanitară de funcționare
3. Acreditarea spitalului
4. Respectarea actelor normative in vigoare, în ceea ce privește numărul de paturi pe secții și compartimente
5. Încadrarea cu personal medico-sanitar și alte categorii de personal conform normativelor de personal în vigoare, asigurând funcționarea spitalului în condiții de eficiență
6. Existența secției/compartimentului de prevenire și control al infecțiilor nosocomiale, în conformitate cu reglementările ministrului sănătății în vigoare
7. Existența și respectarea programului DDD pe întregul spital
8. Structuri de primire urgență:
 - linii de gardă aprobate de Ministerul Sănătății;
 - dotarea fiecărei camere de gardă cu mobilier, aparatură, aparat de urgență (medicație) specifice profilului pe care îl deservesc;
 - prezența la fiecare cameră de gardă a unei echipe medicale formate din cel puțin un medic și un cadru mediu pe fiecare tură;
 - sală de așteptare pentru fiecare cameră de gardă sau comună, dotată corespunzător, cu trasee funcționale;
 - accesibilitate - să existe rampă de acces pentru mijloace de transport și lift pentru camerele de gardă situate la etaj; echipament de transport pentru bolnavi (căruț, targă) în număr suficient;
 - decizia de internare a pacientului va fi luată de medicul specialist/primar în specialitatea respectivă sau medicul specialist/primar în urgențe;
 - internarea pacienților se va face în funcție de diagnosticul principal de la internare în secția de profil;
 - pacientul va fi obligatoriu igienizat înainte de a fi dus în secție;
 - pacientul va fi obligatoriu transportat însoțit de la internare în secția respectivă de personal sanitar de la camera de gardă sau din secție
9. Secție:
 - respectarea programului de activitate; medicii din spital nu vor acorda consultații pe secție și în timpul programului de lucru din spital pentru pacienții neinternati;
 - foile de observație - completate zilnic de medicul de salon (cu excepția zilelor nelucrătoare și a sărbătorilor legale), astfel încât evoluția să justifice medicația și investigațiile paraclinice;
 - se va face confirmarea diagnosticului la 24 - 72 ore de la internare de către medicul de salon;

- medicul șef de secție va analiza la 24 ore oportunitatea continuării spitalizării pentru toți pacienții internați;
- medicația prescrisă va fi acordată integral de spital pentru pacientul internat, indiferent de afecțiunile asociate; scrisă în foile de observație de medicul de salon sau rezident (sub supravegherea medicului de salon); medicația scrisă în condica de medicamente de medicul de salon sau rezident/cadru mediu (sub supravegherea medicului de salon);
- tratamentul per os va fi administrat fracționat și sub supravegherea cadrului mediu;
- pacientul valid va merge la explorările/investigațiile din alte secții însoțit de cel puțin un cadru mediu sau infirmier;
- personalul auxiliar care manipulează alimentele nu va mai efectua și alte manevre de îngrijiri;
- să existe meniuri diferențiate pe afecțiuni conform reglementărilor legale în vigoare. Structura cantitativă și valoarea calorică a meniurilor se calculează de asistentul dietetician cu respectarea nevoilor medicale ale pacienților;
- meniurile diferențiate pe categorii de afecțiuni vor fi afișate zilnic la sala de mese;
- să existe, să se respecte orarul de vizită pentru aparținători și să se impună vestimentația de protecție;
- medicul de salon va comunica, prin scrisoare medicală, cu medicul de familie/medicul de specialitate din ambulatoriu care a trimis pacientul spre internare;
- la externare, medicul de salon va elibera pacienților care necesită rețetă gratuită/compensată conform legislației în vigoare;
- drepturile și obligațiile pacienților - afișate vizibil pe fiecare secție.

Notă:

Criteriile de calitate pentru actul medical vor fi elaborate de comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România și se negociază cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Controlul respectării criteriilor de calitate a serviciilor medicale va fi coordonat de Serviciul Medical al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, de Colegiul Medicilor din România și de Ordinul Asistenților Medicali din România.

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE IN ASISTENTA MEDICALA DE URGENTA SI TRANSPORT SANITAR

CAP. I Pachet de servicii medicale de bază în asistența medicală de urgență și transport sanitar

A. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale majore decontate de casele de asigurări de sănătate:

- a) Catastrofe (asistența medicală de urgență "în masă")
- b) Urgențe colective (asistența medicală de urgență colectivă)
- c) Urgențe individuale (asistența medicală de urgență individuală) ca suspiciune a următoarelor stări morbide:
 1. Stop cardiorespirator (fibrilație/tahicardie ventriculară fără puls, asistolia, disociația electromecanică)
 2. Accidente coronariene acute (angină instabilă, infarct miocardic acut)
 3. Politraumatisme (accidente auto, casnice, incendii)
 4. Colaps - șoc (traumatic, anafilactic, hipovolemic, cardiogen, toxico-septic)
 5. Monotraumatisme grave (cranio-cerebrale, inclusiv traumatismele faciale cu interesarea globului ocular sau a căilor aeriene superioare, fractură de coloană vertebrală, inclusiv traumatismele gâtului cu interesarea căilor aeriene superioare, traumatisme toracice cu pneumotorax cu presiune sau tamponadă, traumatisme abdominale cu afectarea organelor abdominale, cu abdomen acut și/sau șoc hipovolemic, traumatisme de bazin cu fractură de bazin sau ruptură de vezică urinară ori ureter, traumatisme de perineu și/sau de organe genitale cu șoc hipovolemic)
 6. Fracturi deschise ale membrului cu afectarea pachetului vasculonervos
 7. Plăgi cu hemoragie masivă
 8. Hemoragii interne exteriorizate, masive, cu semne de șoc hipovolemic (epistaxis, hematemeză, hemoptizie, hematurie, metroragie, melenă, rectoragie)
 9. Amputații de diferite segmente
 10. Arsuri termice de gradele 1 și 2, mai mari de 10% din suprafața corporală, și arsuri termice de gradele 3 și 4, indiferent de suprafață
 11. Arsuri chimice
 12. Arsuri electrice
 13. Accident cerebrovascular acut
 14. Tulburări paroxistice de ritm
 15. Bloc atrioventricular de gradul 3
 16. Criză de hipertensiune arterială cu complicații (edem pulmonar acut, encefalopatie hipertensivă)
 17. Insuficiență respiratorie acută (hipoxia hipoxică, hipoxia respiratorie - corp străin în căile aeriene superioare, edem laringian, astmul acut grav, bronhopneumonia, pleurezii cu lichid masiv, hipoxia cardiacă, șocul cardiogen, edem pulmonar acut, hipoxia anemică severă cu hemoglobină sub 7g/dL)
 18. Embolie pulmonară
 19. Sincope

20. Lipotimii
21. Come
22. Abdomen acut
23. Pancreatită acută
24. Septicemie
25. Meningită la copii
26. Encefalită
27. Deshidratare severă
28. Șoc hipotermic
29. Tentative de suicid
30. Intoxicații involuntare
31. Supradozare droguri
32. Convulsii
33. Înec
34. Electrocutare
35. Viol
36. Coagulopatii (trombocitopenii, hemofilii, epistaxis) cu hemoragii masive
37. Sindrom de coagulare intravasculară diseminată
38. Insuficiență renală acută
39. Sarcină ectopică ruptă
40. Avort complicat cu infecție sau cu șoc hemoragic
41. Placentă praevia
42. Apoplexie uteroplacentară
43. Ruptură uterină
44. Eclampsie și preeclampsie
45. II P - multipară, contracții uterine dureroase, membrane rupte
46. LVII contracții uterine dureroase
47. Atac de glaucom
48. Dezlipire de retină
49. Stări depresive severe
50. Stări halucinante delirante
51. Stări confuzionale
52. Starea stuporoasă
53. Ischemie acută periferică
54. Starile de inconstiență
55. Dispneea
56. Durerea toracică anterioară
57. Tulburările de conducere cu afectarea funcției de pompă
58. Starile febrile la nou născut, sugar și copil mic
59. Solicitățile pentru cazurile preluate din locurile publice

B. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale de gradul 2 decontate de casele de asigurări de sănătate ca suspiciune a următoarelor stări morbide:

1. Angină pectorală (în afară de angina instabilă)
2. Entorse
3. Luxații

4. Fracturi închise ale membrelor și fără leziuni ale pachetului vasculonervos
5. Reumatism articular acut în criză
6. Sindroame de compresie și/sau iritație radiculară (nevralgia cervicobrahială, lombalgie și lombosciatică) în faza acută
7. Artrite septice
8. Arsuri termice de gradele 1 și 2, sub 10% din suprafața corpului, cu localizări care fac imposibilă deplasarea
9. Hemoragii interne exteriorizate, fără semne de șoc hipovolemic
10. Ischemie cerebrală tranzitorie
11. Criză de hipertensiune arterială fără complicații
12. Tromboflebită acută
13. Arterită, fără sindromul de ischemie periferică acută, cu confirmare oscilometrică
14. Corpi străini în nas, faringe, fără dispnee, la copii, corpi străini auriculari la copii până la 3 ani
15. Insuficiență cardiacă decompensată
16. Colică biliară, renală, abdominală
17. Sindrom subocluziv
18. Hernii strangulate fără abdomen acut
19. Apendicită acută fără abdomen acut
20. Anurie
21. Retenție de urină
22. Meningită la adulți, holeră, difterie, tetanos, boală diuretică cu stare generală alterată
23. Agitații psihomotorii sau catatonicii
24. Politraumatisme minore
25. Avort necomplicat
26. Diabet zaharat decompensat
27. Primipară contracții uterine dureroase, sarcină până în luna a VII-a cu contracții uterine dureroase
28. Stare febrilă cu alterarea stării generale
29. Afecțiuni reumatologice cronice confirmate în puseu inflamator, cu deficit motor al membrelor inferioare.
30. Ciroză hepatică decompensată

C. Tipurile de transport sanitar decontate de casele de asigurări de sănătate:

1. Transportul urgențelor medico-chirurgicale;
2. Transportul bolnavilor cu boli infectocontagioase;
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 ginecologice, obstetricale și al gravidei în vederea nașterii;
6. Transportul accidentaților 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 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 lehuzei care a născut la domiciliu;

11. Transportul de sânge și derivate, țesuturi și organe în condiții de urgență de la furnizor către unitatea spitalicească;

12. Transportul asiguraților dializați în vederea efectuării dializei, de la/la domiciliu;

13. Externarea bolnavilor cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavi cu deficit motor neurologic major; asigurații 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;

14. 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, cu excepția situațiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

Tipurile de transport sanitar ce pot fi decontate de casele de asigurări de sănătate unităților specializate în efectuarea unor servicii de transport sanitar sunt cele prevăzute la pct.12, cu condiția ca acestea să îndeplinească criteriile de autorizare prevăzute de reglementările Ministerului Sănătății precum și cele de acreditare.

CAP.II Pachet minimal de servicii medicale în asistența medicală de urgență și transport sanitar pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat sau a plății contribuției la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat sau a plății contribuției la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate beneficiază de serviciile medicale prevăzute la Cap.I lit.A, B și C, cu excepția serviciilor prevăzute la pct.11 de la lit.C.

CAP.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.

MODALITATEA DE PLATA 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. 23](#) la ordin se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale. La contractare se vor avea în vedere următorii indicatori:

a) indicatori cantitativi:

- numărul de kilometri echivalenți pentru mediul urban, număr de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, numărul de mile marine sau numărul de ore de zbor;

- numărul de solicitări;

b) indicatori calitativi:

- promptitudinea.

ART.2 (1) Suma contractată de către casele de asigurări de sănătate cu serviciile medicale specializate 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 număr 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 maxim prevăzut la [art.9](#), 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 aerian și pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de ore de zbor, respectiv a numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe ora de zbor, respectiv pe milă marină;

b) pentru serviciile medicale de urgență, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare.

Tariful pe solicitare pentru serviciile efectuate cu mijloace de transport aeriene și 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 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 de evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați.

Tariful pe solicitare pentru serviciile efectuate cu autovehicule 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).

În funcție de tipul autovehiculului utilizat pentru solicitare, tariful de referință pe solicitare ce poate fi contractat între furnizor și casa de asigurări de sănătate este cel prevăzut la art.10, corespunzător ambulanței AUR tip B. Pentru celelalte tipuri de autovehicule prevăzute la art.8, tariful pe solicitare se va negocia și contracta în funcție de tariful de referință aferent ambulanței AUR tip B.

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 de evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați.

(2) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și acreditate în efectuarea unor servicii de transport sanitar se stabilește astfel:

Suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban și număr 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 maxim prevăzut la art.9, 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.

ART.3 Medicul din cadrul serviciilor medicale specializate care acordă servicii medicale de urgență și transport sanitar, eliberează prescripții medicale cu contribuție personală din partea asiguraților. Pentru persoanele prevăzute la art.26 alin.(1) și (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr.150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, medicii eliberează prescripții medicale fără contribuție personală, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

Prescripțiile medicale se acordă numai pentru afecțiuni acute și numai pentru o perioadă de până la 72 de ore la sfârșit de săptămână, respectiv vineri, sâmbătă, duminică, precum și în zilele de sărbători legale, însoțite de o scrisoare medicală adresată medicului de familie la care este înscris asiguratul respectiv și numai ca urmare a serviciului medical de urgență acordat. În perioada sfârșitului de săptămână, respectiv în 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 Serviciile medicale specializate pot asigura servicii medicale de urgență și de transport sanitar, către terți, altele decât cele decontate de casele de asigurări de sănătate, pe bază de tarife proprii, plătite direct de către solicitanți pe bază de chitanță fiscală.

ART.5 Suma contractată anual de către serviciile medicale specializate și unitățile specializate autorizate și acreditate în efectuarea unor servicii de transport sanitar cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre și pe luni.

ART.6 (1) Decontarea serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar se face lunar, în raport cu numărul efectiv de kilometri echivalenți parcurși, pentru mediul urban și cu număr de kilometri realizați pentru mediul rural, mile marine efectiv parcurse, respectiv ore de zbor, și tarifele negociate, precum și cu numărul efectiv de solicitări și tarifele negociate pe solicitare.

(2) În situația în care numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, număr de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, numărul total al milelor marine parcurse, respectiv numărul total al orelor de zbor realizate, este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar aprobată și alocată la nivel național.

(3) În situația în care numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, număr de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, numărul total al milelor marine parcurse, respectiv numărul total al orelor de zbor realizate, este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

(4) În situația în care numărul solicitărilor rezolvate este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar aprobată și alocată la nivel național.

(5) În situația în care numărul solicitărilor rezolvate este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate și la tariful negociat.

(6) 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 realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate. Pentru prima lună în care se aplică această prevedere, casele de asigurări de sănătate vor efectua până la data de 10 a acestei luni, decontarea finală a lunii precedente iar până la data de 17, decontarea lunii curente pentru perioada 1 – 15 a lunii în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate.

ART.7 La decontare, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere și indicatorul calitativ "promptitudinea". Promptitudinea reprezintă timpul de la primirea apelului până la ajungerea la locul solicitării. Pentru urgențele majore din mediul urban timpul maxim este de 15 minute. Pentru urgențele majore din mediul rural și pentru urgențele de gradul 2 atât din mediul urban cât și din mediul rural, indicatorul calitativ „promptitudinea” se negociază între furnizorii de servicii medicale și transport sanitar și casele de asigurări de sănătate. Gradul de realizare a acestui indicator se calculează ca raport între numărul de solicitări ce s-au încadrat în timpul maxim de ajungere la locul solicitării și numărul total de solicitări. În cazul neîndeplinirii acestui indicator, suma convenită în raport cu numărul de kilometri parcurși și cu numărul de solicitări se diminuează cu 1% pentru o nerealizare de 10 -

15% și cu 2% pentru o nerealizare de 15 - 25% . Pentru nerealizări mai mari de 25%, diminuarea este de 5% .

ART.8 Autovehiculele și alte mijloace de transport destinate asistenței medicale de urgență și de transport sanitar, conform normelor CEN 1789:

a) ambulanțe de resuscitare și terapie intensivă (ARTI - tip C) destinate asistenței medicale de urgență, stabilizării avansate a funcțiilor vitale și transportului pacienților în cazul urgențelor majore;

b) ambulanțe de urgență și resuscitare (AUR - ARTI tip B) destinate asistenței medicale de urgență, stabilizării avansate a funcțiilor vitale și transportului pacienților în cazul urgențelor majore și al urgențelor de gradul 2;

c) ambulanțe neclasificate medicalizate pentru asistență medicală, susținerea bazală a funcțiilor vitale și transportul pacienților cu afecțiuni care nu constituie urgențe de gradul 2 și intervenție primară;

d) ambulanțe A1 și A2 destinate asistenței medicale și transportului pacienților;

e) mijloace de transport utilizate de unitățile specializate, stabilite prin ordin al ministrului sănătății;

f) mijloace de transport pe apă;

g) mijloace de transport aerian.

ART.9 Tarifele maxime/km echivalent, respectiv km efectiv realizat pentru:

a) ARTI - TIP C și AUR tip B 12.500 lei

b) A1 și A2 12.000 lei

c) Neclasificate 8.000 lei

d) Mijloc de transport utilizat
de unitățile specializate 6.000 lei

se majorează în perioada de iarnă cu 20% .

Numărul de km echivalenți se stabilește conform reglementărilor legale în vigoare.

ART.10 Tariful de referință pe solicitare corespunzător tipului de ambulanță de urgență și resuscitare AUR– tip B este de 500.000 lei.

ART.11 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 serviciilor medicale specializate 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 serviciilor medicale specializate, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu aceste prilej.

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

Si

- Serviciul medical specializat pentru acordarea de servicii medicale de urgență și transport sanitar,
- unitate specializată autorizată și acreditată în efectuarea unor servicii de transport sanitar

cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin:, având act de înființare/organizare nr., autorizația sanitară de funcționare nr., certificatul de acreditare nr., codul fiscal, contul nr. deschis la trezoreria statului, copie după dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical.

II. Obiectul contractului

ART.1 (1) Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală de urgență și de 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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale de urgență și transport sanitar furnizate

ART.2 Serviciile medicale furnizate în asistența medicală de urgență și transport sanitar sunt: asistența medicală la locul accidentului sau al îmbolnăvirii, asistența medicală pe timpul transportului până la unitatea sanitară, transportul sanitar.

ART.3 Serviciile medicale în asistența medicală de urgență se asigură în mod continuu 24 de ore din 24, inclusiv în zilele de repaus săptămânal și în zilele de sărbătoare legală.

IV. Durata contractului

ART.4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2004.

ART.5 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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

V. Obligațiile părților

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

- a) să controleze activitatea serviciilor medicale specializate/unităților specializate conform contractelor încheiate cu acestea;
- b) să deconteze serviciilor medicale specializate/unităților 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 în interesul asiguraților, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele negociate și contractate;
- c) să verifice serviciile medicale de urgență și transport sanitar acordate asiguraților de către furnizorii de servicii medicale de urgență și transport sanitar conform contractelor încheiate cu aceștia.

ART.7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

- a) să acorde îngrijiri medicale de urgență asiguraților, în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la locul accidentului și până la rezolvarea stării de urgență, în limita competențelor, cu respectarea criteriilor de calitate elaborate conform prevederilor legale în vigoare;
- b) să asigure prezența personalului medico-sanitar din unitățile specializate în orice situație care necesită acordarea serviciilor medicale de urgență majoră;
- c) să folosească medicația, materialele sanitare și aparatura medicală din dotarea mijlocului de transport la locul accidentului sau al îmbolnăvirii ori în timpul transportului;
- d) să informeze asigurații despre serviciile medicale oferite și despre modul în care vor fi furnizate;
- e) să utilizeze în condiții de eficiență sumele pentru serviciile contractate cu casa de asigurări de sănătate;
- f) să acorde servicii medicale de urgență fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament și transport;
- g) să informeze medicul de familie al asiguratului, în situația în care acesta nu este caz de internat, despre diagnosticul stabilit, investigațiile și tratamentele efectuate;
- h) să informeze unitatea sanitară la care transportă pacientul despre investigațiile și tratamentele efectuate;
- i) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la pacienți, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- j) să elibereze adeverințe medicale de urgență, certificate constatatoare de deces, prescripții medicale, conform prevederilor legale în vigoare;
- k) să anunțe casa de asigurări de sănătate atunci când este suspendată sau anulată autorizația sanitară de funcționare sau acreditarea;

l) să factureze lunar în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale acordate asiguraților.. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și sunt puse la dispoziția furnizorilor de servicii medicale contra cost de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage nedecontarea la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar a serviciilor medicale furnizate;

m) să asigure servicii medicale de urgență utilizând mijlocul de transport adecvat și echipamentul corespunzător situației respective;

n) să introducă monitorizarea apelurilor, astfel încât să fie respectată și urmărită promptitudinea la solicitare, conform prevederilor legale în vigoare.

o) să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare ;

p) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția de asigurări sociale de sănătate pentru aceștia.

VI. Modalități de plată

ART.8 Plata serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar se face pe baza următorilor indicatori:

a) număr de km echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban

b) număr de km realizați pentru mediul rural

c) număr de ore de zbor

d) număr de mile

e) tarif pe km parcurs/milă parcursă/ora de zbor

f) număr de solicitări

g) tarif pe solicitare negociat.

Suma contractată pentru serviciile de transport:

| Tipul autovehiculului | Număr de km echivalenți în mediul urban (estimați) | Număr de km realizați în mediul rural (estimați) | Tarif/km negociat*) | Suma |
|-----------------------|--|--|---------------------|------------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5=C2x C4+C3x C4 |
| Total: | | | X | |

*) Tariful/km negociat pe fiecare tip de autovehicul nu poate fi mai mare decât tariful/km echivalent respectiv realizat în mediul rural, prevăzut 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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

| Tipul ambarcațiunii | Număr de mile marine | Tarif/milă marină negociat | Suma |
|------------------------|-------------------------|-------------------------------|------|
| Total: | | X | |

| Tipul Aeronavei | Număr de ore de zbor | Tarif/oră de zbor negociat | Suma |
|--------------------|-------------------------|-------------------------------|------|
| Total: | | X | |

| C1 | Nr. solicitări pe tip de mijloc transport C2 | Tarif/solicitare negociat C3 | Suma contractată C4=C2xC3 |
|----------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------|
| Tipuri de mijloc de transport | | | |
| Total: | | X | |

Decontarea serviciilor medicale de urgență se face conform art. 6 și 7 din 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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

ART.9 Suma aferentă serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se defalchează pe trimestre și pe luni de către conducerea acestor unități, prin negociere cu reprezentantul casei de asigurări de sănătate.

ART.10 (1) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar în baza facturii și a desfășurătorului, în limita sumelor contractate.

(2) Lunar, casa de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata, sumele corespunzătoare serviciilor medicale realizate, conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate. Pentru prima lună în care se aplică această prevedere, casa de asigurări de sănătate va efectua până la data de 10 a acestei luni decontarea finală a lunii precedente iar până la data de 17 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate.

ART.11 Plata serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face în contul nr. deschis la trezoreria statului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART.12 Serviciile medicale de urgență și transport sanitar furnizate în baza prezentului contract trebuie să se încadreze din punct de vedere al calității lor în normele privind calitatea asistenței medicale, elaborate de către comisiile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și negociate cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

VIII. Răspunderea contractuală

ART.13 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 14 În cazul în care termenele de plata prevăzute la art.10 alin. (2) nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

ART.15 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauza specială

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, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră 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 perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

X. Încetarea contractului

ART.17 Contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării în următoarele situații:

- a) întreruperea activității furnizorului;
- b) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau încetarea valabilității acesteia ori încetarea acreditării furnizorului;

c) nerespectarea obligațiilor contractuale nejustificat, constatată cu ocazia controlului efectuat de instituțiile abilitate să efectueze acest control.

ART.18 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) încetarea activității furnizorului prin desființare, lichidare, dizolvare;
- b) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau de către casa de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă și motivată în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice înainte de data de la care se dorește încetarea contractului.

ART.19 Situațiile prevăzute la art. 17 și la art. 18 lit. a) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

ART.20 Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante pentru neîndeplinirea 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.21 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 din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART.22 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

ART.23 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intra 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 condițiile aplicării art. 37 din Legea nr.

507/2003 a bugetului de stat pe anul 2004, în limita fondului aferent asistenței medicale de urgență și transport sanitar, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 24 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare 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. 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 centrale de arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii.

ART.26 Hotărârile Comisiei centrale de arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

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

Președinte - Director general,

Reprezentant legal,

.....

Director adjunct economic,

.....

Director adjunct relații contractuale,

.....

Vizat
Oficiul juridic

**PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZA PENTRU
INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU**

| Nr. crt. | SERVICIU DE INGRIJIRE MEDICALĂ LA DOMICILIU | TARIF MAXIMAL |
|-------------|--|------------------|
| 1 | Monitorizarea parametrilor fiziologici: temperatura + respiratie | 7.000 |
| 2 | Monitorizarea parametrilor fiziologici: puls + TA | 7.000 |
| 3 | Monitorizarea parametrilor fiziologici: diureza + scaun | 5.000 |
| 4 | Administrarea medicamentelor intramuscular * | 15.000 |
| 5 | Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului * | 25.000 |
| 6 | Administrarea medicamentelor intravezical pe sonda vezicala | 20.000 |
| 7 | Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasa sub supravegherea medicului * | 55.000 |
| 8 | Recoltarea produselor biologice | 20.000 |
| 9 | Alimentarea artificiala pe sonda gastrica si educarea asiguratului / apartinatorilor | 30.000 |
| 10 | Alimentarea pasiva, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburari de deglutitie | 35.000 |
| 11 | Clisma cu scop terapeutic | 18.000 |
| 12 | Spalatura vaginala in cazuri de deficit motor | 18.000 |
| 13 | Manevre terapeutice pentru evitarea escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicatii medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc si a rulourilor | 40.000 |
| 14 | Manevre terapeutice pentru evitarea complicatiilor pulmonare: schimbarea pozitiei, tapotaj, fizioterapie respiratorie | 35.000 |
| 15 | Ingrijirea plagilor simple | 35.000 |
| 16 | Ingrijirea plagilor suprainfectate | 50.000 |
| 17 | Ingrijirea escarelor multiple | 50.000 |
| 18 | Ingrijirea stomelor | 30.000 |
| 19 | Ingrijirea fistulelor | 35.000 |
| 20 | Ingrijirea tubului de dren | 30.000 |
| 21 | Ingrijirea canulei traheale si instruirea asiguratului | 30.000 |
| 22 | Monitorizarea dializei peritoneale | 30.000 |
| 23 | Aplicarea de pampers, plosca, bazinet ** | 20.000 |

* In afara injectiilor si perfuziilor cu produse de origine umana

** In tariful maximal al serviciului nu este inclus costul pampersului

NOTA:

In tarifele maximale sunt incluse si costurile materialelor sanitare utilizate pentru realizarea serviciului de ingrijire la domiciliu.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ A SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

Art.1 (1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de către persoane fizice și juridice autorizate și acreditate pentru acordarea acestor tipuri de servicii, de către cabinetele medicilor de familie, pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ținând seama de starea de sănătate a asiguratului la externarea din spital și de gradul de dependență al acestuia, în baza contractelor încheiate de aceștia cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii curanți de specialitate din spitalele aflate în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate pentru asigurații externati, conform modelului prezentat în anexa nr.28 la ordin, în funcție de patologia bolnavului și gradul de dependență al acestuia. 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 acute, necesită următoarele servicii de îngrijire medicală la domiciliu: îngrijirea stomelor, îngrijirea canulei traheale, îngrijirea plăgii postoperatorii și tratament parenteral.

(3) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se eliberează în trei exemplare, din care un exemplar rămâne la medic. Un exemplar împreună cu o cerere de acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se depune de către asigurat sau aparținătorul legal al acestuia la casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția asiguratului, iar un exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi predat furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu care îi va acorda serviciile respective, dacă cererea a fost aprobată.

(4) Cererile și recomandările primite de către casele de asigurări de sănătate sunt analizate de către acestea într-un interval de 24 de ore de la data depunerii de către asigurat sau aparținător și sunt aprobate în limita sumelor prevăzute cu această destinație, asiguratul urmând a fi înștiințat în scris de către casa de asigurări de sănătate asupra deciziei luate.

(5) Asigurații sau aparținătorii, pe baza cererilor aprobate de casele de asigurări de sănătate se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acreditat, aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și care este inclus în lista de furnizori pusă la dispoziție de către aceasta.

Art.2 (1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și tarifele aferente sunt prezentate în anexa nr.26 la ordin.

(2) Un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru o perioadă de maxim 14 zile calendaristice o singură dată pe an.

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 curanți de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

Art.4 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fișă de îngrijire care conține datele de identitate, serviciile de îngrijiri acordate și data, semnăturile asiguratului sau aparținătorului care confirmă efectuarea acestor servicii.

Art.5 (1) În baza fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu, pentru serviciile medicale acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmește factura lunară și desfășurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale 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 și desfășurătorul în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face decontarea.

(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face în funcție de numărul serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu realizate lunar pentru cazurile aprobate de casa de asigurări de sănătate și tariful pe serviciu de îngrijiri medicale la domiciliu.

Art.6 Acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu în baza contractelor încheiate de reprezentanții legali ai cabinetelor medicilor de familie cu casele de asigurări de sănătate se face fără a fi încălcate obligațiile acestora prevăzute în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

Art.7 (1) În cazul erorilor de calcul constatate la raportarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, fondul aferent acestor servicii din trimestrul în care se constată eroarea, se majorează sau se diminuează cu suma corespunzătoare erorilor constatate în trimestrul anterior.

(2) 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.

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 furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale 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, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu aceste prilej.

Unitatea sanitară cu paturi (spitalul)

.....

Nr.contract.....încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu

1. Numele si prenumele asiguratului
2. Domiciliul
3. Codul numeric personal al asiguratului
4. Diagnosticul medical la externare
-
-
-
5. Servicii de îngrijiri medicale recomandate:
(din anexa nr. 26 la ordin)
.....
.....
.....
.....
6. Numele medicului curant
7. Codul medicului curant.....

Ștampila secției din care se externează asiguratul
și semnătura șefului de secție
Data.....

.....
Semnătura și parafa medicului curant

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de îngrijiri medicale 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

Unitatea specializată/cabinet medic de familie pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu: reprezentată prin: cu autorizație de funcționare nr., certificat de acreditare nr.

Persoana fizică cu certificat de acreditare nr. și autorizație de liberă practică în domeniul îngrijirilor medicale la domiciliu nr.

având sediul în municipiul/orașul, str..... nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, cont nr., deschis la Trezoreria statului sau cont nr..... deschis la Banca, cod fiscal/autorizație de liber profesionist, copie după dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical

II. Obiectul contractului

ART.1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, conform **Contractului-cadru** privind condițiile acordării asistenței medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1485/2003 și a **Normelor metodologice** de aplicare a acestuia.

III. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate

ART.2 Furnizorul prestează servicii de îngrijiri medicale la domiciliul asiguraților, cuprinse în anexa nr.26 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 Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

ART.3 (1) Furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către următorii furnizori:

1.,
2.,
3.,

(2) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate sunt cele aprobate de casa de asigurări de sănătate.

IV. Durata contractului

ART.4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2004.

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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

- a) să contracteze servicii de îngrijiri medicale la domiciliu numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu autorizați și acreditați ;
- b) să controleze serviciile medicale acordate asiguraților de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale, conform contractelor încheiate cu aceștia;
- c) să verifice dacă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate au fost conform recomandărilor medicilor curanți de specialitate din spitale, aprobate în conformitate cu reglementările în vigoare;
- d) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, la termenele stabilite în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pe baza facturii și a documentelor însoțitoare privind activitatea realizată, în urma verificării acestora ;
- e) să informeze permanent furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu asupra condițiilor de contractare.

B. Obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu

ART.7 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are următoarele obligații:

- a) să acorde servicii de îngrijiri medicale la domiciliu numai pe baza biletelor de recomandare eliberate de medicii curanți de specialitate din spitalele aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru asigurații externai;
- b) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema terapeutică recomandată în cadrul unui program stabilit în conformitate cu recomandările medicilor curanți de specialitate din spitale, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și sărbătorile legale, program care se comunică la casa de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contract de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;
- c) să comunice atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia;
- d) să respecte confidențialitatea serviciilor acordate;
- e) să țină evidența serviciilor furnizate la domiciliul asiguratului, privind tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

f) 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 îngrijirii medicale la domiciliu și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită conform art.2 (2) din anexa nr.27 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 Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003;

g) să factureze lunar în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale acordate asiguraților. Factura va fi însoțită de copiile fișelor de îngrijiri medicale și de desfășurătorul serviciilor acordate atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic în formatul solicitat de Casa Națională a Asiguraților de Sănătate;

h) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare a datelor care au stat la baza încheierii contractului cu aceasta;

i) să nu încaseze de la asigurați contribuția personală pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate care se suportă integral de către casa de asigurări de sănătate;

j) să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

VI. Modalități de plată

ART.8 (1) Plata serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face prin tarif pe serviciu de îngrijiri la domiciliu prevăzut în **anexa nr.26** 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 Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003, la data de.....

(2) Tariful pe serviciu de îngrijire medicală la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr.26 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 Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 și nu este element de negociere între părți.

ART.9 Documentele pe 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.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică, cu care s-a încheiat contractul:

.....

VII. Calitatea serviciilor de îngrijiri la domiciliu

ART.10 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate elaborate de organismele abilitate de lege.

VIII. Răspunderea contractuală

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

ART.12 În cazul în care termenele de plată prevăzute la [art.8 alin.\(1\)](#) nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

ART.13 Reprezentantul legal al unității specializate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu sau persoana fizică furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 14 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, 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. Contravenții

ART.15 Refuzul furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu de a pune la dispoziția organelor de control a actelor de evidență a serviciilor furnizate și a documentelor în baza cărora se decontează serviciile realizate conduce la amânarea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor de îngrijiri la domiciliu prestate până la data îndeplinirii obligației.

XI. Încetarea contractului

ART.16 Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

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

b) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare, a autorizației de liber profesionist, după caz, încetarea valabilității acestora precum și încetarea acreditării furnizorului;

c) nerespectarea termenelor de raportare 2 luni consecutiv, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate pe baza documentelor de raportare;

d) în cazul în care se constată încasarea de contribuție personală de la asigurați pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, care se suportată integral de către casele de asigurări de sănătate;

e) nerespectarea obligațiilor contractuale, constatate cu ocazia controlului efectuat de instituțiile abilitate să efectueze acest control.

ART.17 Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

a) mutarea sediului, în cazul furnizorului cu personalitate juridică;

b) a survenit decesul reprezentantului legal;

c) încetarea activității furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu prin desființare, lichidare, faliment sau reprofilare;

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

e) acordul de voință al părților;

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului 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 Situațiile prevăzute la art.16 și la art.17 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.17 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.19 Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante, pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XII. Corespondența

ART.20 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 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.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 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.22 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intra în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART.23 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai cu putință spiritului contractului.

XIV. 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 centrale de arbitraj, care le va soluționa potrivit legii.

ART.25 Hotărârile Comisiei centrale de arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII DE
ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

Președinte - Director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director general adjunct economic,
.....

Director general adjunct contractare,
.....

Vizat
Oficiul juridic

**MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ȘI DECONTARE A
MEDICAMENTELOR CU ȘI FĂRĂ CONTRIBUȚIE PERSONALĂ ÎN
TRATAMENTUL AMBULATORIU**

ART.1 (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală se acordă în tratamentul ambulatoriu, pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință și care nu sunt înscriși la un medic de familie din localitatea unde se află unitatea de învățământ, în caz de urgență medicală medicul din cabinetul școlar sau studentesc 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 din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscriși în lista unui medic de familie.

(3) 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, ucenici sau studenți;

b) pentru bolile care beneficiază de gratuitate conform prevederilor legale în vigoare elaborate de Ministerul Sănătății și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

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.

(4) 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. Toate datele vor fi înscrise lizibil, fără modificări, ștersături sau adăugări. În cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată.

ART.2 (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de până la 3 - 5 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Pentru afecțiunile cronice considerate caz nou (stabilirea pentru prima dată la un asigurat a unui anumit diagnostic) în prima lună de tratament pot fi prescrise medicamente pentru primele 10 zile, după care se aplică reglementările de mai sus privind bolnavii cu afecțiuni cronice. Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului cuprinde medicația pentru maximum 30 de zile.

(2) 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 în urban numai în primele 24 de ore de la prescriere, iar în rural, 48 de ore.

ART.3 Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu pentru un bolnav la o consultație poate fi de 1 - 3

produse, cu excepția copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 12 luni. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre și litere.

ART.4 Prescripția medicală conține în mod obligatoriu următoarele date: denumirea furnizorului de servicii medicale (cabinet medical, spital etc.), datele de identificare a asiguratului (nume, prenume, vârstă, cod numeric personal, categoria din care fac parte persoanele asigurate precum și persoanele care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate etc.), numărul foii de observație sau din registrul de consultații al bolnavului, diagnosticul, tipul de afecțiune - acută, subacută sau cronică -, după caz, tratamentul prescris, data prescrierii, semnătura, codul și specialitatea medicului, numărul contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate și denumirea casei de asigurări de sănătate. Obligația înscrierii datelor menționate mai sus în formularul de prescripție medicală, revine medicului care emite prescripția medicală.

ART.5 Inscripționarea codului medicului pe prescripția medicală se face prin aplicarea parafei medicului, care conține în mod obligatoriu și codul acestuia.

ART.6 Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale care nu conțin datele precizate la art. 4 și 5 nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la art.92 lit.b) din contractul-cadru.

ART.7 În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici numai în limita specialității (responsabilității) pe care o au, cu excepția medicilor de familie care pot prescrie medicamente atât în limita competenței proprii cât și pe baza scrisorilor medicale transmise de medicii de specialitate pentru asigurații care urmează o schemă tratament pentru o perioadă de timp mai mare de 30 de zile calendaristice, stabilită și inițiată de medicul de specialitate, cu respectarea indicațiilor din prospectul producătorului de medicamente. 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.8 Prescripțiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele constituie documente financiar-contabile, conform cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

ART.9 Eliberarea medicamentelor se face la orice farmacie cu care casele de asigurări de sănătate au încheiat contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu. Primitorul semnează de primirea medicamentelor 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.

ART.10 În situația în care primitorul renunță la anumite medicamente cuprinse în prescripția medicală, acestea se anulează, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective. În cazul în care prescripția medicală cuprinde

numai denumirea comună internațională a medicamentului (DCI), farmacistul eliberează medicamentul cu prețul de vânzare cu amănuntul cel mai mic din farmacie, corespunzător DCI-ului prescris.

ART.11 Înscrierea prețurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist numai pentru medicamentele eliberate, pe toate exemplarele prescripției medicale.

ART.12 Farmacistul notează prețurile de vânzare cu amănuntul, sumele aferente ce urmează să fie decontate de către casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament și sumele ce reprezintă contribuția personală a asiguratului, pe care le totalizează.

ART.13 (1) Suma care se decontează de către casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament care se eliberează cu contribuție personală reprezintă prețul de referință. Prețul de referință reprezintă 65% din prețul de vânzare cu amănuntul cel mai mic din cadrul unui DCI al medicamentelor cu aceeași concentrație și formă farmaceutică, pentru medicamentele notate cu litera „a” din lista cu medicamentele de care beneficiază asigurații cu contribuție personală pe bază de prescripție medicală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sau 50% din prețul de vânzare cu amănuntul cel mai mic din cadrul unui DCI al medicamentelor cu aceeași concentrație și formă farmaceutică, pentru medicamentele notate cu litera „b” din aceeași listă. Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din fondul național unic pentru asigurări sociale de sănătate în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor cu prețul cel mai mic corespunzătoare fiecărei denumiri comune internaționale (DCI) cuprinse în listă.

(2) Suma pe care o decontează casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament ce se eliberează fără contribuție personală din partea asiguraților pe bază de prescripție medicală, cuprins în lista cu medicamentele de care beneficiază asigurații fără contribuție personală, este prețul de referință, care este prețul de vânzare cu amănuntul al medicamentului eliberat.

ART.14 Prescripțiile cu destinație pediatrică se decontează numai pentru medicamentele de folosință pediatrică, conform indicațiilor producătorului de medicamente, cu excepția cazurilor justificative în care vârsta și greutatea pacientului impun utilizarea unei alte forme farmaceutice adecvate sau a unui alt medicament adecvat, după caz.

ART.15 În cazul prescripțiilor medicale care cuprind denumirea comercială a medicamentului se decontează de către casele de asigurări de sănătate numai medicamentele cu denumirile comerciale prevăzute în Lista cu medicamente (denumiri comerciale) care se aprobă prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, elaborată pe baza Listei cu medicamentele de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, aprobată prin hotărâre a Guvernului, cu excepția copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani, gravidelor și lehzurilor.

ART.16 (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator. 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 medicului, precum și codul numeric personal al asiguratului.

(2) Borderourile se întocmesc în două 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.

ART.17 Stabilirea valorii contractului la farmaciile care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate se efectuează astfel:

a) Valoarea de contractare care revine pentru fiecare farmacie, care intră în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, are în vedere 90% din valoarea fondului aprobat la nivelul caselor de asigurări de sănătate pentru consumul de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu din care se deduce o cotă aferentă contravalorii medicamentelor pentru afecțiunile prevăzute la lit. e) și punctajul obținut de fiecare farmacie, punctaj acordat după cum urmează.:

- un farmacist primar 1,50 puncte
- un farmacist specialist.....1,25 puncte
- un farmacist sau rezident în farmacie...1 punct
- un farmacist stagiar.....0,75 puncte
- un asistent de farmacie.....0,50 puncte
- pentru fiecare punct secundar de lucru din mediul rural al unei farmacii, înființat conform prevederilor legale în vigoare, în localitățile în care nu funcționează o farmacie.....1 punct
- pentru fiecare farmacie care asigură continuitatea.....2 puncte

b) Suma reprezentând valoarea contractată aferentă unei farmacii se stabilește astfel:

- 90% din fondul destinat consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobat la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate din care se deduce suma aferentă contravalorii medicamentelor pentru afecțiunile prevăzute la lit. e) se împarte la numărul total de puncte obținut în condițiile de mai sus ,rezultând valoarea unui punct.

Suma destinată unei farmacii se obține prin înmulțirea punctajului aferent farmaciei respective cu valoarea unui punct.

c) Suma obținută conform calculului de la lit.b) va fi împărțită procentual după cum urmează:

- 60% din valoarea contractului pentru acoperirea consumului de medicamente fără contribuție personală
- 40% din valoarea contractului pentru acoperirea consumului de medicamente cu contribuție personală

d) În situația în care la unele farmacii se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate ca urmare a eliberării de medicamente cu și fără contribuție personală decât cea prevăzută pentru trimestrul respectiv în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua valoarea contractată inițial cu sumele respective printr-un act adițional la contract. Sumele cuprinse în actul adițional vor fi repartizate la farmaciile care nu au realizat economii în trimestrul respectiv conform prevederilor de la lit. a), b) și c) printr-un act adițional.

O singură dată pe an, sumele neconsumate într-un trimestru în cadrul unei farmacii pot fi reportate în trimestrul următor celui în care s-a realizat diferența, menținându-se repartiția inițială a sumelor.

e) Eliberarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul următoarelor boli cronice: stări post transplant, hepatită virală cronică, poliartrită reumatoidă, scleroza multiplă se face prin acele farmacii aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și selecționate ca urmare a negocierii adaosului comercial pentru medicamentele necesare în tratamentul acestor boli, prin majorarea valorii inițiale contractate de aceste farmacii printr-un act adițional. În procesul de selecție al acestor farmacii, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere respectarea principiului proporționalității în ceea ce privește acoperirea morbidității. Sumele suplimentare pentru acoperirea morbidității cauzate de bolile cronice menționate mai sus pot fi contractate de un furnizor de servicii farmaceutice pentru un număr de maxim două farmacii.

f) Pentru situațiile de urgență ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu farmaciile, casele de asigurări de sănătate analizează aceste situații și cu avizul Casei Naționale de asigurări de Sănătate la solicitarea acestora, vor repartiza ulterior prin acte adiționale diferența de 10% din fondul aprobat cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate ce nu a fost contractată inițial.

ART.18 În vederea decontării medicamentelor cu sau fără contribuție personală, farmaciile înaintează caselor de asigurări de sănătate, la termenele stabilite în contracte, următoarele acte în original: factura, borderourile centralizatoare, prescripțiile medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a datei de emisie a acestora.

ART.19 Farmaciile acreditate răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților efectuate.

ART.20 (1) Lista medicamentelor (denumiri comerciale) aprobată prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 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.88** alin.(3) din contractul-cadru;

b) trimestrial, pentru prețurile de referință stabilite și calculate pe baza prețurilor maxime prevăzute în Catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață, aprobat prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele în condițiile prevăzute la alin.(1) numai pentru prescripțiile medicale emise după data intrării în vigoare a noii liste.

ART.21 (1) Prescrierea, eliberarea și decontarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților se fac în limita fondului aprobat cu această destinație.

(2) Prescripțiile medicale pentru bolile pentru care asigurații beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu vor cuprinde 1 - 3 medicamente a căror valoare totală la prețul cu amănuntul dacă va depăși 2.000.000 lei, medicul care a prescris medicamentele va depune lunar la casa de asigurări de sănătate câte un referat de justificare pentru fiecare prescripție medicală care a depășit valoarea de 2.000.000 lei, conform modelului prezentat în anexa nr.32. Fac excepție prescripțiile medicale eliberate pentru bolile pentru care asigurații beneficiază de medicamente fără contribuție personală, la care există protocoale terapeutice.

(3) Copii 0-12 luni beneficiază de medicamente gratuite fără plafonare cantitativa și valorică. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor 0-12 luni va fi suportat integral din fondul național unic pentru asigurări sociale de sănătate.

ART.22 (1) În vederea îmbunătățirii raportului cost - eficiență, pentru prescrierea medicamentelor în asistența medicală ambulatorie se vor elabora protocoale terapeutice de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății și ale Colegiului Medicilor din România pentru bolile pentru care asigurații beneficiază în tratamentul ambulatoriu de medicamente eliberate fără contribuție personală.

(2) Protocoalele terapeutice se vor analiza și se vor valida de comisia de transparență a Ministerului Sănătății, comisia de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și de Colegiul Medicilor din România.

ART.23 Decontarea sumelor aferente trimestrului IV 2003 se face în ordine cronologică, la 90 de zile, în trimestrul I 2004.

Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2004 se efectuează la termen de 90 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate.

ART.24 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 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 aceste prilej.

CONTRACT

de furnizare de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate

I. Părțile contractante:

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin director general,

și

Societatea comercială farmaceutică....., având sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon/fax, înregistrată la registrul comerțului cu nr. J .../..... și punctul secundar de lucru în comuna....., str., nr., având contul nr., deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca, și codul fiscal nr., reprezentată prin, autorizație de funcționare nr., eliberată de, certificat de acreditare nr., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical.....

II. Obiectul contractului:

ART.1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu:

ART.2 Prezentul contract privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu respectă reglementările legale în vigoare privind **Lista** cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală și Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003

ART.3 Furnizarea medicamentelor 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, certificat de acreditare 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, certificat de acreditare 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, certificat de acreditare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

* Se vor menționa și punctele secundare de lucru cu informațiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

ART.4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2004.

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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

V. Obligațiile părților:

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai cu farmaciile autorizate și acreditate conform reglementărilor legale în vigoare.

b) să deconteze farmaciilor acreditate cu care au încheiat contracte, în limita valorii contractate și defalcate trimestrial, contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală.

c) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora ; casele de asigurări de sănătate pot deconta și prescripții medicale care nu conțin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute, 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 vor atenționa medicii care prescriu rețete fără toate datele obligatorii necesare în vederea decontării acestora, iar începând cu cea de-a treia abatere constatată casele de asigurări de sănătate vor încasa de la medicii care au eliberat prescripția medicală 10% din valoarea decontată pentru fiecare prescripție medicală la care s-au constatat astfel de deficiențe;

d) să acorde, în cadrul sumelor negociate și contractate, avansuri lunare în limita a 30% din valoarea anuală a contractului pentru farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate din sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești;

e) să aducă la cunoștință furnizorilor și asiguraților cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pentru o singură boală cronică pe o lună pentru un asigurat; în această situație asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar;

f) să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente comparativ cu fondul alocat cu această destinație și să ia măsurile ce se impun;

g) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu și fără contribuție personală pe medic și pe asigurat pe baza raportărilor validate de aceasta;

h) să controleze farmaciile privind modul de desfășurare al activității ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

B. Obligațiile farmaciilor

ART.7 Farmaciile au următoarele obligații:

a) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală, în condițiile stabilite conform prevederilor legale în vigoare;

b) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele prevăzute în [Lista](#) cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, pe bază de prescripție medicală, cu sau fără contribuție personală;

c) să înregistreze pe medicamentele cu contribuție personală a asiguratului prețul de vânzare cu amănuntul;

d) să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică;

e) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie și va fi ștampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care aceasta se află în relație contractuală;

f) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare decontării medicamentelor: factură, borderou centralizator, prescripții medicale cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emiteră a acestora, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele în condițiile stabilite prin norme; furnizorul este direct răspunzător de corectitudinea raportărilor prezentate;

g) să informeze, la cererea medicilor care prescriu medicamente cu sau fără contribuție personală, lista cu prețurile de vânzare cu amănuntul a medicamentelor existente în farmacie;

h) să angajeze numai personal farmaceutic care posedă autorizație de liberă practică, cu excepția farmaciștilor stagiaari;

i) să informeze asigurații despre drepturile și obligațiile care decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și despre modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale;

j) să respecte prevederile Codului deontologic al farmaciștilor în relațiile cu asigurații;

k) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea furnizării medicamentelor în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale și să afișeze la loc vizibil programul farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente.

Acest program se comunică direcțiilor de sănătate publică și caselor de asigurări de sănătate;

l) să elibereze medicamentul cu prețul cel mai mic din farmacie, dacă medicul indică în prescripția medicală numai denumirea substanței active;

m) să aducă la cunoștință asiguraților, la loc vizibil în farmacie, condițiile de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală;

n) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate a asiguratului; Farmaciile eliberează prescripții medicale pentru asigurații care virează contribuția la Casa Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv la Casa Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, dacă au contracte încheiate cu acestea.

o) să asigure cererea de produse comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale (D.C.I.) la prețurile cele mai mici din Lista cu denumiri comerciale a medicamentelor;

p) să verifice prescripțiile medicale cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă pentru a fi eliberate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele privind eliberarea prescripțiilor medicale referitoare la numărul medicamentelor și durata terapiei;

r) să anuleze în fața primitorului medicamentele care nu au fost eliberate pe toate exemplarele prescripției medicale;

s) să nu elibereze medicamentele din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

t) să nu elibereze medicamente fără prescripție medicală pentru cele la care reglementările legale în vigoare prevăd această obligație;

u) să transmită caselor de asigurări de sănătate, prin programul implementat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, datele solicitate sau printr-un program compatibil cu cerințele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, avizat de aceasta.

VI. Modalități de plată

ART.8 (1) Decontarea medicamentelor eliberate se face pe baza următoarelor acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a datei de emiteră a acestora.

(2) Casa de asigurări de sănătate nu decontează sumele aferente prescripțiilor medicale cu sau fără contribuție personală, care nu corespund prevederilor referitoare la prescrierea, eliberarea și decontarea medicamentelor, din vina exclusivă a furnizorului de servicii farmaceutice, cu excepția prescripțiilor pentru afecțiunile acute, dacă se poate identifica medicul, asiguratul și dacă se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecțiune acută.

ART.9 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.10 Valoarea contractului*) este de lei, din care:
- a) pentru medicamentele fără contribuție personală.....lei, din care:
- Trimestrul I lei
 - Trimestrul II lei
 - Trimestrul III lei
 - Trimestrul IV lei
- b) pentru medicamentele cu contribuție personală.....lei, din care:
- Trimestrul I lei
 - Trimestrul II lei
 - Trimestrul III lei
 - Trimestrul IV lei

*) Valoarea contractului include și obligațiile de plată către farmacii pentru facturile înregistrate până la data de

ART.11 Decontarea prescripțiilor cu sau fără contribuție personală se face astfel: decontarea sumelor aferente trimestrului IV 2003 se face în ordine cronologică la 90 de zile în trimestrul I 2004. Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2004 se efectuează la termen de 90 zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacii la casa de asigurări de sănătate.

ART.12 Plata se face în:

- a) contul nr. deschis la Trezoreria statului sau contul nr..... deschis la Banca
- b)

VII. Răspunderea contractuală:

ART.13 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART.14 Neplata din vina casei de asigurări de sănătate, termenul stabilit, atrage majorări de întârziere egale cu majorările prevăzute pentru întârzierea achitării impozitelor către stat.

ART.15 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.16 (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 forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră 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. Contravenții:

ART.17 Refuzul farmaciilor acreditate de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a medicamentelor cu și fără contribuție personală din partea asiguraților și a documentelor în baza cărora se decontează acestea de către casa de asigurări de sănătate conduce la sistarea plăților în curs către farmacia respectivă până la data îndeplinirii acestei obligații.

X. Încetarea contractului:

ART.18 Prezentul contract se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

- a) dacă farmacia acreditată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile de la data semnării prezentului contract;
- b) dacă din motive imputabile farmaciei acreditate, aceasta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile;
- c) dacă farmacistul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Farmaciștilor din România;
- d) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare a farmaciei acreditate sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- e) retragerea de către organele în drept a acreditării farmaciei sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- f) dacă farmacia acreditată înlocuiește medicamentele neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;
- g) nerespectarea obligațiilor contractuale nejustificat, constatată cu ocazia controalelor efectuate de instituțiile abilitate să efectueze controlul.

ART.19 Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) se mută farmacia din teritoriul de funcționare;
- b) faliment, dizolvare, lichidare;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) prin 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.20 (1) Situațiile prevăzute la [art.18](#) și la [art.19](#) 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.19 lit.a) și e) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înainte a datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART.21 Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, cu condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înainte a datei de la care se dorește rezilierea.

XI. Corespondența:

ART.22 (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 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.23 (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 45 de zile înainte a 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.24 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intra în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractuale 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 condițiile aplicării art. 37 din Legea nr. 507/2003 a bugetului de stat pe anul 2004, în limita fondului aferent acordării medicamentelor cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART.25 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.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART.26 (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 centrale de arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii.

ART.27 Hotărârile Comisiei centrale de arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIV. Alte clauze

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

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu sau 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

FARMACIA

Președinte - Director general,

Reprezentant legal,

.....

.....

Director adjunct economic,

.....

Director adjunct relații contractuale,

.....

Vizat
Oficiul juridic

Unitatea sanitară
 Nr.contractîncheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate
 Nume și prenume medic:.....
 Cod parafă:.....
 Seria și numărul prescripției medicale.....

**AVIZAT
 SERVICIUL MEDICAL**

REFERAT DE JUSTIFICARE

pentru medicamentele corespunzătoare tratamentelor inițiate a căror valoare totală la
 prețul cu amănuntul depășește valoarea de lei

Nume și prenume asigurat:.....
 Cod numeric personal:

Diagnostic:.....

Tratamentul inițial (secțiunea A):

Tratamentul actual

Motivele utilizării medicației din secțiunea B:

- | | | | |
|----------------------------------|----|---|----|
| 1. Soluție terapeutică exclusivă | DA | / | NU |
| 2. S-a folosit alt medicament | DA | / | NU |

MEDICAMENT:

Răspuns neadecvat: (argumente).....

Reacții adverse: (argumente)

3. Contraindicații pentru boli asociate: (enumerare)

4. Observații:.....

Medic de specialitate/Medic de familie
 Semnătura și ștampila

MODALITATEA DE PRESCRIERE, PROCURARE ȘI DECONTARE A DISPOZITIVELOR MEDICALE

ART.1 (1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice se acordă 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 și să descrie caracteristicile specifice ale acestuia, cu excepția prescripției medicale pentru protezare auditivă care trebuie să conțină doar denumirea dispozitivului medical.

(3) Prescripția medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de o clinică de specialitate sau de un serviciu specializat, autorizat și acreditat. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta.

(4) Prescripția medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare trebuie să fie însoțită de biometria eliberată de o clinică de specialitate sau de un serviciu specializat autorizat și acreditat.

(5) În cazul primei protezări (activitatea protetică până la prima protezare definitivă) a membrului inferior, prescripția medicală trebuie să specifice modul de protezare și să prevadă tipul protezei definitive.

ART.2 (1) Pentru obținerea dispozitivului medical asiguratul, mandatarul desemnat de acesta cu procură specială sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate, însoțită de carnetul de asigurat sau de alt act care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), certificatul de naștere pentru copiii în vârstă de până la 14 ani (în copie), codul numeric personal - CNP, prescripția medicală pentru dispozitivul medical și declarația pe propria răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau fiziologică nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Copiile se autentifică 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.

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 pentru procurarea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinație. Decizia se expediază prin poștă în maximum 5 zile lucrătoare de la emiterea ei. În situația în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depășirea fondului lunar aprobat, se întocmesc liste de așteptare pe categorii de dispozitive medicale și în funcție de numărul de înregistrare al cererii la casa de asigurări de sănătate. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinație permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de așteptare, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poștă, decizia în termen de 5 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripției medicale, dacă este cazul.

(3) 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.

(4) Decizia 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 zile calendaristice. La decizia pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară se anexează un număr de 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr.33 A.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, la prima protezare (activitatea protetică până la prima proteză definitivă) se emit decizii distincte pentru același tip de proteză pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie și proteza definitivă). Decizia pentru proteza definitivă, în cadrul primei protezări, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta intră în posesia protezei provizorii.

ART.4 Pentru procurarea dispozitivului medical asiguratul, mandatarul desemnat de acesta cu procură specială sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează unuia dintre furnizorii din Lista furnizorilor de dispozitive medicale acreditați, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate și prescripția medicală. În cazul dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară, asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

ART.5 Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficiențelor organice sau fiziologice prevăzută în [anexa nr.34](#) la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde și termenele de înlocuire a acestora. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul intră în posesia dispozitivului medical. În cazul dispozitivelor pentru protezare stomii și pentru incontinența urinară, termenul de înlocuire începe să curgă de la data emiterii deciziei.

ART.6 (1) Decontarea dispozitivelor medicale se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare a dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(2) Lista prețurilor de referință corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului ordin, și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

(3) Factura emisă de furnizor este însoțită de copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele medicale la comandă, 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. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii și incontinență urinară vor atașa și talonul lunar.

(4) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul 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 modulare pentru membrul inferior, la prima protezare, decontarea se face pentru același furnizor, cumulativ pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru prima etapă de protezare valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru a doua etapă de protezare reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei finale de procurare a protezei.

(6) Decontarea în cazul protezărilor O.R.L. se face după depunerea de către asigurat a unui document de validare întocmit de medicul specialist O.R.L. care a prescris protezarea O.R.L., 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.). În cazul în care asiguratul nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

ART. 7 (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, după caz; tipul; numărul lotului precedat de cuvântul "lot" sau nr. de serie, după caz); data fabricației/data expirării; termenul de garanție.

(2) În cadrul termenului de garanție asigurații pot reclama executarea necorespunzătoare, calitatea sau deteriorarea dispozitivului medical, dacă acestea nu

s-au produs din vina utilizatorului. În acest caz repararea sau înlocuirea dispozitivului medical cu altul corespunzător va fi asigurată și suportată de către furnizor.

ART.8(1) Repararea dispozitivelor medicale în afara termenului de garanție se aprobă de casa de asigurări de sănătate numai pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, pentru dispozitivele medicale precizate în Anexa nr. 34 la ordin, pe baza cererii scrise întocmite de asigurat, de mandatarul desemnat de acesta cu procură specială sau reprezentantul legal al asiguratului.

Cererea privind aprobarea reparării dispozitivului medical se înregistrează la casa de asigurări de sănătate și este însoțită de certificatul de garanție al dispozitivului medical și devizul estimativ privind costul reparației.

În vederea constatării defectării și a întocmirii unui deviz estimativ privind costul reparației, după expirarea termenului de garanție, pentru repararea dispozitivului medical, asiguratul se prezintă la furnizorul de la care a procurat respectivul dispozitiv medical.

(2) 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.

(3) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării și respectiv emiterii unei decizii privind aprobarea reparării dispozitivului medical în limita fondului aprobat. Decizia se expediază prin poștă în maximum 5 zile lucrătoare de la emiterea ei. În situația în care cererile pentru reparații conduc la depășirea fondului lunar aprobat, se întocmesc liste de așteptare pentru reparații și în funcție de numărul de înregistrare al cererii la casa de asigurări de sănătate. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat pentru dispozitive medicale permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de așteptare, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poștă, decizia în termen de 5 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia.

(4) Fiecare decizie se emite și se eliberează în două exemplare, din care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate și un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

(5) Pentru repararea dispozitivului medical asiguratul, mandatarul desemnat de acesta cu procură specială sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează cu decizia privind aprobarea reparării dispozitivului, furnizorului cu care casa de asigurări de sănătate are încheiat contract.

În cadrul termenului de înlocuire a dispozitivului medical, casele de asigurări de sănătate pot deconta una sau mai multe reparații, a căror valoare totală nu trebuie să depășească 50% din prețul de referință valabil în momentul emiterii deciziei privind aprobarea reparării dispozitivului medical.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate vor asigura trimestrial activități de instruire a furnizorilor de dispozitive medicale pe care i-au acreditat, cu recomandarea de a participa la aceste activități.

**ANEXĂ LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE
STOMII ȘI INCONTINENȚĂ URINARĂ NR...../.....**

- Prezenta anexă se predă furnizorului împreună cu decizia;
- CAS va ștampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- 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. | Luna | Nume și Prenume | Act identitate | Decizia nr/data | Data și semnătura de primire a dispozitivului medical |
|-----|------|-----------------|-------------------|--------------------|---|
| | | CNP | | | |
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 |
| 1 | | | | | |
| | | | | | |
| 2 | | | | | |
| | | | | | |
| 3 | | | | | |
| | | | | | |

LISTA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FIZIOLOGICE

A. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

| NR. CRT. | DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL | TIPUL | CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII | TERMEN ÎNLOC. |
|----------|----------------------------------|--|---|----------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
| 1 | Proteză auditivă | a.Retroauriculară b.Intraauriculară | *) pentru hipoacuzii ușoare: 21 ÷ 40 dB HL amplificare: 0 ÷ 50 dB nivel maxim: 110 ± 5 dB | 5 ani 5 ani |
| | | a.Retroauriculară b.Intraauriculară | pentru hipoacuzii medii : 41 ÷ 70 dB HL amplificare: 0 ÷ 50 dB nivel maxim: 110 ± 5 dB | 5 ani 5 ani |
| | | a.Retroauriculară b.Intraauriculară | pentru hipoacuzii severe : 71 ÷ 90 dB HL amplificare: 0 ÷ 60 dB nivel maxim: 120 ± 10 dB | 5 ani 5 ani |
| | | Retroauriculară | pentru hipoacuzii profunde: > 91 dB HL amplificare: 0 ÷ 60 dB nivel maxim: 130 ± 10 dB | 5 ani |
| 2 | Proteză fonatorie | Vibrator laringian | nivel maxim: 90 dB se recomandă ptr. laringectomii totale sau parțiale | 5 ani |
| | | Buton fonator (shunt – ventile) | se compune din proteza vocală; dispozitiv ptr. umidifiere și emoliere a aerului inspirat; canulă se recomandă pentru laringectomii totale | 2/an |
| 3 | Proteză traheală | Canulă traheală simplă | diametre 6 ÷ 14 mm se recomandă pentru traheostomizați | 4/an |
| | | Canulă traheală Montgomery | diametre 8 ÷ 14 mm se recomandă pentru traheostomizați cu stenoze traheale | 2/an |

*) Se recomandă numai pentru copiii, în vârstă de până la 18 ani;

Notă : pentru protezele auditive și proteza fonatorie tip vibrator laringian se pot acorda reparații pentru copiii în vârstă de până la 18 ani;

B. Dispozitive pentru protezare stomii

| NR. CRT. | DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL | TIPUL | CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII | PERIOADA DE UTILIZARE |
|----------|--|--|--|-------------------------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
| | A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare) | a.sac colector pentru colostomie/**)ileostomie | cu adeziv cu sau fără dispozitiv de evacuare cu sau fără dispozitiv de închidere cu sau fără filtru | 1 set/lună (max. 30 saci) |
| | | b. sac colector pentru urostomie | cu adeziv cu dispozitiv de evacuare cu dispozitiv de închidere cu sau fără valvă de reținere | 1 set/lună (max. 15 saci) |
| | B. Sistem stomic cu două componente | a. pentru colostomie/**)ileostomie: flanșă suport și sac colector | cu adeziv cu sau fără dispozitiv de evacuare cu sau fără dispozitiv de închidere cu sau fără filtru | *1 set/lună |
| | | b. pentru urostomie: flanșă suport și sac colector | cu adeziv cu dispozitiv de evacuare cu dispozitiv de închidere cu sau fără valvă de reținere | *1 set/lună |

NOTĂ : * 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;

**) La sistemele stomice pentru ileostomie se recomandă sac stomic cu dispozitiv de evacuare și dispozitiv de închidere ;

Observație: se va prescrie doar unul din sisteme A. sau B., pentru fiecare tip .

C. Dispozitive pentru incontinență urinară

| NR. CRT. | DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL | TIPUL | CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII | PERIOADA DE UTILIZARE |
|----------|--|-------|---|----------------------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
| 1 | Condom urinar | | se execută din cauciuc natural cu evacuare | 1 set/lună (max. 30 buc.) |
| 2 | Sac colector de urină | | 500 ml, 1500 ml, 2000 ml cu tub de admisie cu sau fără tub de evacuare cu sau fără dispozitiv de drenaj cu adaptor cu sau fără valvă de reținere cu sau fără dispozitiv de aerare cu gradație | 1 set/lună (max. 6 buc.) |
| 3 | Sonda Foley | | de diverse dimensiuni cu 2 căi se execută din cauciuc natural sau sintetic cu balonaș gonflabil pentru fixare | 1 set/lună (max. 4 buc.) |
| 4 | Dispozitiv pentru plasarea de benzi intravaginale și pentru incontinență urinară | | dispozitiv pentru plasarea intravaginală a bandetei din polipropilenă | |

D. Proteze pentru membrul inferior

| NR. CRT. | DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL | TIPUL | CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII | TERMEN ÎNLOCUIRE |
|----------|---|--|---|------------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
| 1 | Proteză parțială de picior | a) LISEFRANC | se recomandă pentru amputația metatarsienilor; | * |
| | | b) CHOPART | picior cu sprijin pe gambă; cu manșon; se recomandă pentru amputația la nivelul tarsienelor; | * |
| | | c) PIROGOFF | picior cu sprijin pe gambă; cu manșon; se recomandă pentru amputația astragalului; | * |
| 2 | Proteză pentru dezarticulația de gleznă | SYME | picior cu sprijin pe gambă; cu manșon; articulație fixă sau mobilă la gleznă; se recomandă pentru amputația membrului inferior la nivelul articulației gleznei; | * |
| 3 | Proteză de gambă | a) convențională, din material plastic, cu contact total | se fixează prin intermediul unei manșete sau brățări; articulație fixă sau mobilă la gleznă; | * |
| | | b) convențională, din piele | se fixează cu șiret sau curele; articulație fixă sau mobilă la gleznă; se recomandă pentru orice tip de bont. | * |
| | | c) geriatrică | picior din material plastic; gambă din rășină artificială; manșon din plastic / piele; prindere cu butoni sau șireturi; se recomandă ptr. persoane cu condiție fizică precară, în cazul în care bontul își modifică volumul; contracturi de max. 30°; | * |
| | | d) modulară | manșon elastic intern supracondilian acoperit de un manșon rigid din rășină; structură tubulară metalică din duraluminiu, oțel sau titan; labă picior cu articulație fixă / mobilă de gleznă; se recomandă pentru amputații până la nivelul 1/3 medii superioare; | ** |

| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
|----|--|----------------|--|----|
| 4 | Proteză pentru dezarticulația de genunchi | modulară | manșon elastic acoperit de un manșon rigid din rășină; structură tubulară metalică din duraluminiu, oțel sau titan care asigură sprijinul între articulația genunchiului și laba piciorului; articulația genunchiului mobilă; laba piciorului cu articulație fixă de gleznă. | ** |
| 5 | Proteză de coapsă | a) pilon | manșon coapsă din plastic sau piele; nu are în componență piciorul și articulația gleznei; poate avea în componență articulația genunchiului liberă sau blocată; | * |
| | | b) combinată | manșon coapsă din piele; manșon gambă din plastic; articulație fixă sau mobilă la gleznă; articulație fixă / liberă la genunchi; prinderea se face cu șiret sau curele; trohanter din piele sau metalic; | * |
| | | c) din plastic | manșon coapsă din piele; manșon gambă din plastic; articulație fixă sau mobilă la gleznă; articulație de genunchi liberă sau blocată; prinderea se face cu cordon din piele; trohanter din piele sau metalic; | * |
| | | d) cu vacuum | manșon coapsă din material plastic / lemn de tei ce realizează prinderea pe bont prin vacuum; manșon gambă de plastic; articulație fixă sau mobilă la gleznă; articulație de genunchi liberă sau blocată; fixare de șold prin curele pentru bonturi foarte scurte; prinderea se face cu șiret sau curele; trohanter din piele sau metalic; | * |
| | | e) geriatrică | manșon coapsă din material plastic / piele; gambă din lemn / material plastic; articulație de genunchi liberă sau blocată; șinărie metalică; manșon din plastic / piele; prindere cu butoni sau șireturi; | * |
| | | f) modulară | manșon coapsă rigid din rășină; articulație de genunchi mobilă; laba piciorului cu articulație fixă de gleznă; sistem de curele de fixare pe șold; structură tubulară metalică din duraluminiu, oțel sau titan care asigură sprijinul între articulația genunchiului și laba piciorului; | ** |

| | | | | |
|---|--|-----------------------|--|----|
| | | g) modulară cu vacuum | manșon rigid din rășină cu fixare prin vacuum , articulație de genunchi mobilă ; laba genunchiului cu articulație fixă de gleznă ; sist.de curele de fixare de șold pentru bonturile scurte ; structură tubulară metalică din duraluminiu, oțel sau titan care asigură sprijinul între articulația genunchiului și laba piciorului . | ** |
| 6 | Proteză de șold | a) convențională | se execută din piele / plastic; articulație fixă sau mobilă la gleznă; articulație de genunchi liberă sau blocată; articulație de șold; prinderea de bazin se face cu manșon piele / plastic; | * |
| | | b) modulară | manșon din rășină flexibilă; articulație de șold cu blocare, poate fi din duraluminiu, oțel sau titan; articulație de genunchi mobilă, poate fi din oțel sau titan; laba piciorului cu articulație fixă de gleznă; structură tubulară metalică din duraluminiu, oțel sau titan care asigură sprijinul între articulația de șold și articulația de genunchi și între articulația de genunchi și laba piciorului; sistem de curele de fixare pe șold; | ** |
| 7 | Proteză parțială de bazin de hemipelvectomie | a) convențională | se recomandă pentru amputația parțială a pelvisului; partea care lipsește din pelvis se reconstituie din plastic sau rășină la care se fixează proteza de șold; se execută din piele / plastic; articulație fixă sau mobilă la gleznă; articulație de genunchi liberă sau blocată; articulație de șold; prinderea de bazin se face cu manșon piele / plastic; | * |
| | | b) modulară | manșon din rășină flexibilă; articulație de șold cu blocare, poate fi din duraluminiu, oțel sau titan; articulație de genunchi mobilă, poate fi din oțel sau titan; laba piciorului cu articulație fixă de gleznă; structură tubulară metalică din duraluminiu, oțel sau titan care asigură sprijinul între articulația de șold și articulația de genunchi și între articulația de genunchi și laba piciorului; sistem de curele de fixare pe șold; | ** |

Notă: 1. prima protezare: 3÷12 luni; începând de la a doua protezare: * 2 ani ;
** 4 ani

2. Pentru copiii, în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C5, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare;

3. Pentru copiii, în vârstă de până la 18 ani, se pot acorda reparații .

E. Proteze pentru membrul superior

| NR · CR T. | DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL | TIPUL | CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII | TERMEN ÎNLOC. |
|--|---|--------------------|---|------------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
| 1 | Proteză parțială de mână | funcțională simplă | mănușă cu fermoar și degete rigide, din silicon, material plastic; | * |
| | | funcțională | sistem de apucare cu degete rigide din material plastic; | * |
| 2 | Proteză de dezarticulație de încheietură a mâinii | funcțională simplă | mână de proteză cu degete fixe din material plastic; mănușă din material plastic; | * |
| | | funcțională | a.acționată pasiv mână mecanică cu acționare pasivă; mănușă din material plastic; sau dispozitive mecanice de lucru (hook, alte dispozitive); articulația de încheietura mâinii fixă; manșon din piele / material plastic; | * |
| | | | b.acționată prin cablu mână mecanică cu acționare prin cablu; mănușă din material plastic; sau dispozitive mecanice de lucru (hook, alte dispozitive); articulația de încheietura mâinii fixă; manșon din piele / material plastic; ham de umăr / braț pentru acționare; | * |
| c.acționată mioelectric mână acționată electric; mănușă din material plastic, articulație de încheietura mâinii fixă; manșon din material plastic; sistem electronic de culegere, amplificare a semnalelor mioelectrice și comandă a mâinii electrice; acumulator, încărcător acumulator; | ** | | | |
| 3 | Proteză de antebraț | funcțională simplă | mână de proteză cu degete fixe din material plastic; mănușă din material plastic; articulația de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon din material plastic; | * |

| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
|----|---|--------------------|--|----|
| | | funcțională | <p>a. acționată pasiv mână mecanică cu acționare pasivă; mănușă din material plastic; articulație de încheietura mâinii pasivă sau dispozitive mecanice de lucru (hook, alte dispozitive); articulația de încheietura mâinii fixă; manșon din piele / material plastic;</p> | * |
| | | | <p>b. acționată prin cablu mână mecanică cu acționare prin cablu; mănușă din material plastic; articulație de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon mat. plastic; ham de umăr pentru acționare; sau dispozitive mecanice de lucru (hook, alte dispozitive) acționate prin cablu sau pasiv; articulația de încheietura mâinii fixă; manșon din piele/ material plastic;</p> | * |
| | | | <p>c. acționată mioelectric cu pro-supinație pasivă mână acționată electric; mănușă din mat. plastic, articulație de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon din material plastic; sistem electronic de culegere, amplificare a semnalelor mioelectrice și comandă electrică a mâinii; acumulator, încărcător acumulator;</p> | ** |
| | | | <p>d. acționată mioelectric cu pro-supinație activă mână acționată electric; mănușă din material plastic, articulație de încheietura mâinii acționată electric; manșon din material plastic; sistem electronic de culegere, amplificare a semnalelor mioelectrice și comandă electrică a mâinii și a articulației de încheietura mâinii; acumulator, încărcător acumulator;</p> | ** |
| 4 | Proteză de dezarticulație de cot | funcțională simplă | <p>mână de proteză cu degete fixe din material plastic; mănușă din material plastic; articulația de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon din material plastic de antebraț;; articulație de cot cu blocare pasivă; manșon din material plastic de braț; ham de purtare;</p> | * |

| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
|----|-----------------|--------------------|---|----|
| | | funcțională | <p>a.acționată pasiv mână de proteză cu acționare pasivă; mănușă din material plastic; articulație de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon din material plastic de antebraț; articulația de cot cu blocare pasivă; manșon din material plastic de braț; ham de purtare; sau dispozitive mecanice de lucru (hook, alte dispozitive); articulația de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon scurt din piele / material plastic;</p> | * |
| | | | <p>b.acționată prin cablu mână mecanică cu acționare prin cablu; mănușă din material plastic; articulație de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon din material plastic de antebraț și braț; articulație de cot cu blocare; manșon din material plastic de braț; ham de acționare și purtare; sau dispozitive mecanice de lucru (hook, alte dispozitive) acționate prin cablu sau pasiv; articulația de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon scurt din piele / material plastic; ham de acționare și purtare;</p> | * |
| | | | <p>c. atipică electrică cu articulație de cot mecanică cu blocare mână electrică acționată cu microcontacte;</p> | ** |
| | | | <p>d.mioelectrică cu articulație de cot mecanică cu blocare articulație de pumn pasivă; mână electrică acționată mioelectric;</p> | ** |
| 5 | Proteză de braț | funcțională simplă | <p>mână de proteză cu degete fixe din material plastic; mănușă din material plastic; articulația de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon din material plastic de antebraț,; articulație de cot cu blocare pasivă; manșon din material plastic de braț; ham de purtare;</p> | * |

| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
|----|--|--------------------|---|----|
| | | funcțională | <p>a. acționată pasiv mână de proteză cu acționare pasivă; mănușă din material plastic; articulație de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon din material plastic de antebraț; articulația de cot cu blocare pasivă; manșon din material plastic de braț; ham de purtare; sau dispozitive mecanice de lucru (hook, alte dispozitive); articulația de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon scurt din piele / material plastic;</p> | * |
| | | | <p>b. acționată prin cablu mână mecanică cu acționare prin cablu; mănușă din material plastic; articulație de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon din material plastic de antebraț ; articulație de cot cu blocare; manșon din material plastic de braț; ham de acționare și purtare; sau dispozitive mecanice de lucru (hook, alte dispozitive) acționate prin cablu sau pasiv; articulația de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon scurt din piele / material plastic; ham de acționare și purtare;</p> | * |
| | | | <p>c. atipică electrică cu articulație de cot mecanică cu blocare mână electrică acționată cu microcontacte;</p> | ** |
| | | | <p>d. mioelectrică cu articulație de cot mecanică cu blocare articulație de pumn pasivă; mână electrică acționată mioelectric;</p> | ** |
| 6 | Proteză de dezarticulație de umăr | funcțională simplă | <p>mână de proteză cu degete fixe din material plastic; mănușă din material plastic; articulație de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon din material plastic de antebraț; articulație de cot cu blocare pasivă, manșon din material plastic de braț ; material din material plastic toracal ; ham de purtare.</p> | * |

| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
|----|--|--------------------|---|----|
| | | funcțională | <p>a. acționată pasiv mână de proteză cu acționare pasivă; mănușă din material plastic; articulație de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon din material plastic de antebraț; articulația de cot cu blocare pasivă; manșon din material plastic de braț; manșon din material plastic toracal; ham de purtare;</p> | * |
| | | | <p>b. acționată prin cablu mână mecanică cu acționare prin cablu; mănușă din material plastic; articulație de încheietura mâinii cu acționare pasivă; manșon din material plastic de antebraț ; articulație de cot cu blocare; manșon din material plastic de braț; manșon din material plastic toracal; ham de acționare și purtare;</p> | ** |
| | | | <p>c. atipică electrică cu articulație de cot mecanică cu blocare ; mână electrică acționată cu microcontacte .</p> | ** |
| | | | <p>d. mioelectrică cu articulație de cot mecanică cu blocare ; articulație de pumn pasivă, mână electrică acționată mioelectric .</p> | ** |
| 7 | Proteză pentru amputație inter-scapulo-toracică | funcțională simplă | <p>mână de proteză cu degete fixe din material plastic ; mănușă din material plastic ; articulație de încheietura mâinii cu acționare pasivă ; manșon din material plastic de antebraț ; articulație de cot cu blocare pasivă ; manșon din material plastic de braț ; manșon din material plastic toracal ; ham de purtare .</p> | * |

| | | | | |
|--|--|-------------|--|----|
| | | funcțională | <p>a. acționată pasiv mână de proteză cu acționare pasivă ; mănușă din material plastic ; articulație de încheietura mâinii cu acționare pasivă ; manșon din material plastic de antebraț ; articulație de cot cu blocare pasivă , manșon din material plastic de braț ; manșon din material plastic toracal ; ham de purtare .</p> | * |
| | | | <p>b. acționată prin cablu mână mecanică cu acționare prin cablu ; mănușă din material plastic ; articulație de încheietura mâinii cu articulație pasivă ; manșon din material plastic de antebraț , articulație de cot cu blocare ; manșon din material plastic de braț ; manșon din material plastic toracal ; ham de acționare și purtare .</p> | * |
| | | | <p>c. atipică electrică cu articulație de cot mecanică și supino-pronație pasivă mână electrică acționată cu microcontacte ; mănușă din material plastic, manșon din material plastic de antebraț ; manșon din material plastic de braț , manșon din material plastic toracal ; articulație de cot mecanică cu blocare .</p> | ** |

Observații: protezele mioelectrice se pot recomanda numai persoanelor cu ambele membre lipsă;

Notă: 1. * 2 ani

2. ** 8 ani

3. Pentru copiii, în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C5, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare;

4. Pentru copiii, în vârstă de până la 18 ani, se pot acorda reparații.

F. Dispozitive de mers

| NR. CRT. | DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL | TIPUL | CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII | TERMEN ÎNLOC. |
|----------|----------------------------------|---------------------------------|--|---------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
| 1 | Baston | | metalic reglabil | 3 ani |
| 2 | Baston | cu trei / patru picioare | metalic fix sau reglabil | 3 ani |
| 3 | Cărjă | cu sprijin subaxilar din lemn | fixă sau reglabilă | 1 an |
| | | cu sprijin subaxilar metalică | fixă sau reglabilă | 3 ani |
| | | cu sprijin pe antebraț metalică | fixă sau reglabilă | 3 ani |
| 4 | Cadru de mers | | fix sau reglabil rigid sau pliabil cu sau fără roți | 3 ani |
| 5 | Fotoliu rulant | | a. cu antrenare manuală/electrică de interior sau de exterior; rigid sau pliabil; demontabil sau nedemontabil; acționare directă bimanuală a roților din spate sau din față conducere prin levier sau volan bimanuală; conducere monolaterală (cu mâna stângă sau dreaptă); propulsie cu piciorul; asistat/neasistat . | 5 ani |
| | | | b. triciclu pentru copii metalic; acționare cu pedale; sisteme de fixare a picioarelor și a toracelui; | 5 ani |

G. Orteze

G.1 Orteze pentru coloana vertebrală

| NR. CRT. | DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL | TIPUL | CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII | TERMEN ÎNLOC. |
|----------|----------------------------------|-----------------------------|--|---------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
| 1 | Orteze cervicale | a) colar | se execută din diverse materiale; dimensiuni diferite; pentru imobilizarea coloanei cervicale; înconjoară întregul sau o parte a regiunii cervicale; | 12 luni |
| | | b) Philadelphia/ Minerva | se execută din diverse materiale; dimensiuni diferite; cu sprijin suboccipital, mandibular și manubriul sternal; diverse sisteme de fixare pentru imobilizarea coloanei cervicale; înconjoară întreaga regiune cervicală; | 12 luni |
| | | c) Schanz | se execută din diverse materiale; dimensiuni diferite; diverse sisteme de fixare; pentru imobilizarea coloanei cervicale; înconjoară întregul sau o parte a regiunii cervicale; | 12 luni |
| 2 | Orteze cervicotoracice | | se execută din diverse materiale; diverse sisteme de fixare; diverse mărimi; înconjoară întregul sau o parte a regiunilor cervicală și toracică; | 12 luni |
| 3 | Orteze toracice | | se execută din diverse materiale; diverse sisteme de fixare; diverse mărimi; înconjoară întregul sau o parte a regiunii toracice; | 12 luni |

| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
|----|---------------------------|---|---|---------|
| 4 | Orteze toracolombosacrale | | material moale cu suport elastic cu întărituri din material dur sau materiale plastice termoformabile; unele modele prezintă benzi elastice întăritoare; înconjoară întregul sau o parte a regiunilor toracală lombară și sacro-iliacă ale trunchiului; | 12 luni |
| | | a. corset Cheneau | material termoformabil; cu pelote de corecție; unele modele prezintă benzi întăritoare; înconjoară întregul regiunilor toracală, lombară și sacro-iliacă ale trunchiului; | 12 luni |
| | | b. corset Boston | material termoformabil; executat dintr-un modul cu deschidere dorsală; cu pelote de corecție; unele modele prezintă benzi întăritoare; se pot ajusta; înconjoară întregul regiunilor toracală, lombară și sacro-iliacă ale trunchiului; | 12 luni |
| | | c. corset Euroboston | material termoformabil; executat din două module; cu pelote de corecție; unele modele prezintă benzi întăritoare; se pot ajusta; înconjoară întregul regiunilor toracală, lombară și sacro-iliacă ale trunchiului; | 12 luni |
| | | d. corset Hessing | material termoformabil; material moale cu suport elastic; prezintă întărituri din material dur; unele modele prezintă benzi întăritoare sau armătură metalică; se pot ajusta; înconjoară întregul sau o parte a regiunilor toracală, lombară și sacro-iliacă ale trunchiului; | 12 luni |
| | | e. corset Milwaukee | se compune dintr-o centură pelviană și o tetieră unite între ele printr-un sistem de bare metalice și pernțe reglabile, Înconjoară întregul sau o parte a regiunilor toracală, lombară și sacro-iliacă ale trunchiului | 12 luni |
| | | f. corset de hiperextensie | material moale cu suport elastic cu întărituri din material dur sau materiale termoformabile; se pot ajusta; limitează mișcările laterale sau de rotație a torsului datorită celor trei puncte de sprijin lombar, toracic și pelvian; înconjoară întregul sau o parte a regiunilor toracală, lombară și sacro-iliacă ale trunchiului; | 12 luni |
| | | g. corset Lyonnais | se compune dintr-o tijă anterioară și una posterioară fixate pe o centură pelviană stabilă, compusă din două valve de sprijin și contrasprijin situate la nivelul curburilor; înconjoară întregul sau o parte a regiunilor toracală, lombară și sacro-iliacă ale trunchiului; | 12 luni |
| | | h. corset de hiperextensie în trei puncte ptr. scolioză | material moale cu suport elastic și întărituri din material dur materiale termoformabile; prezintă pelote de corecție; limitează mișcările datorită celor trei puncte de sprijin; înconjoară întregul regiunilor toracală, lombară și sacro-iliacă ale trunchiului; | 12 luni |

| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
|----|----------------------------------|-----------------|---|---------|
| 5 | Orteze lombosacrale | | din microfibră, termoneopren sau material moale cu suport elastic; prezintă întărituri din material dur; unele modele prezintă benzi elastice întăritoare; se pot ajusta; înconjoară întregul sau o parte a regiunilor lombară și sacro-iliacă ale trunchiului; | 12 luni |
| | | a. lombostat | din polietilenă, microfibră, termoneopren sau material moale cu suport elastic; se pot ajusta; înconjoară întregul sau o parte a regiunilor lombară și sacro-iliacă ale trunchiului; | 12 luni |
| 6 | Orteze sacro-iliace | | din microfibră, termoneopren sau material moale cu suport elastic; se execută din diverse materiale; diverse sisteme de fixare; se pot ajusta; înconjoară întregul sau o parte a regiunii sacro-iliace a trunchiului; | 12 luni |
| 7 | Orteze cervicotoracolombosacrală | corset Stagnara | schelet metalic reglabil cu sistem de închidere; carcasa zonei pelviene din material plastic; pelote de corecție din spumă poliuretanică; înconjoară întregul sau o parte a regiunilor cervicală, toracică, lombară și sacro-iliacă ale trunchiului; | 2 ani |

Notă: Pentru copiii, în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C5, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare;

G.2 Orteze pentru membrul superior

| NR. CRT. | DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL | TIPUL | CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII | TERMEN ÎNLOC. |
|----------|---|---|--|---------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
| 1 | Orteze de deget | | piele sau material textil cu suport elastic, cu inserții ptr. întărire; dimensiuni diferite; se recomandă pentru recuperare; înconjoară întregul sau o parte a degetului; | 12 luni |
| 2 | Orteze de mână | cu mobilitatea / fixarea degetului mare | material moale cu suport elastic, cu inserții pentru întărire; material termoformabil respectând forma și anatomia mâinii; dimensiuni diferite pentru mâna stângă/dreaptă; se recomandă pentru recuperare; înconjoară întregul sau o parte a mâinii; | 12 luni |
| | | dinamică | se recomandă pentru recuperare; înconjoară întregul sau o parte a mâinii; | 12 luni |
| 3 | Orteze de încheietura mâinii - mână | fixă | material moale cu suport elastic, cu inserții pentru întărire; material termoformabil respectând forma și anatomia mâinii, monobloc se fixează cu bandă velcro; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulația încheieturii mâinii și mâna; | 12 luni |
| | | dinamică | se pot folosi împreună cu celelalte orteze pentru mână; piele sau material textil, atelate; cu imobilizator pentru încheietura mâinii; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulația încheieturii mâinii și mâna; | 12 luni |
| 4 | Orteze de încheietura mâinii - mână - deget | fixă/mobilă | microfibră, poliester sau material moale cu suport elastic, cu inserții ptr. întărire; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulația mâinii, mâna și unul sau mai multe degete; | 12 luni |
| 5 | Orteze de cot | cu atelă/ fără atelă | termoneopren sau material moale cu suport elastic; unele modele prezintă întărituri rigide; se modifică în funcție de grosimea brațului; diverse modele; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulația cotului; | 12 luni |
| 6 | Orteze de cot - încheietura mâinii - mână | | material moale cu suport elastic, termoneopren; material termoformabil monobloc sau modulară; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulațiile cotului, încheieturii mâinii și mâna; | 12 luni |
| 7 | Orteze de umăr | | termoneopren sau material moale cu suport elastic; dimensiuni diferite pentru mâna stângă/dreaptă; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulația umărului; | 12 luni |

| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
|----|---|----------|---|---------|
| 8 | Orteze de umăr - cot | | termoneopren sau material moale cu suport elastic; dimensiuni diferite pentru mâna stângă/dreaptă; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulațiile umărului și cotului; | 12 luni |
| 9 | Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mâna | fixă | termoneopren; material moale cu suport elastic; ham de fixare pentru articulația umărului ce sprijină componenta de fixare a cotului, a încheieturii mâinii și a mâinii; dimensiuni diferite pentru mâna stângă/dreaptă; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulațiile umărului, cotului, încheieturii mâinii și mâna; | 12 luni |
| | | dinamică | suport de fixare a întregului ansamblu ce intră în legătură cu componenta de fixare a cotului – încheieturii mâinii – mâna prin articulația care permite poziționarea brațului și a antebrățului în pozițiile prestabilite; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulațiile umărului, cotului, încheieturii mâinii cât și mâna; | 12 luni |

Notă: Pentru copiii, în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C5, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare;

G.3 Orteze pentru membrul inferior

| NR. CRT. | DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL | TIPUL | CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII | TERMEN INLOC. |
|----------|--------------------------------------|---|---|---------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
| 1 | Orteze de picior | | termoneopren sau material textil cu suport elastic; se recomandă pentru recuperare; înconjoară întregul sau o parte a piciorului; | 12 luni |
| 2 | Orteze pentru gleznă - picior | fixă/mobilă | termoneopren sau material moale cu suport elastic; material termoformabil monobloc, mobilitatea rezultă din elasticitatea materialului și forma ortezei în zona gleznei ; cu sistem de închidere tip velcro; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulația gleznei și întregul sau o parte a piciorului; | 12 luni |
| 3 | Orteze de genunchi | fixă | termoneopren, material moale cu suport elastic cu întărituri rigide, fixe; material termoformabil monobloc; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulația genunchiului; | 12 luni |
| | | mobilă | termoneopren; material moale cu suport elastic; material termoformabil, două subsansamble, cu articulație rigidă liberă sau care permite limitarea flexiei și extensiei; diverse modele; cu întărituri rigide, fixe sau cu articulație ce permit fixarea ortezei la extensii și flexii de diferite grade; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulația genunchiului; | 12 luni |
| | | Balant | se execută din piele și șinărie metalică, cu articulație la genunchi; prinderea se realizează cu curele sau șiret; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulația genunchiului; | 2 ani |
| | Orteze de genunchi - gleznă - picior | | termoneopren; material moale cu suport elastic; material termoformabil sau fibră de carbon laminată, șinărie metalică, articulație de genunchi cu blocare și articulație de gleznă cu mobilitate controlată prin sistem de arcuri sau fixă; cu sistem de închidere tip velcro; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulațiile genunchiului, gleznei și piciorului; | 12 luni |
| | | Gambier cu scurtare | se execută din piele și șinărie metalică, cu articulație liberă sau blocată la gleznă; se fixează de gheata ortopedică pentru fracturi de tibie și peroneu; înconjoară articulațiile genunchiului, gleznei și piciorului; | 2 ani |
| | | Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră) | două tije metalice; fixarea se realizează pe picior cu brățări din piele, cu armături metalice; se fixează pe încălțăminte; se recomandă pentru paralizia sciaticului; | 2 ani |

| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
|----|--|-----------------------------------|---|---------|
| | | pentru scurtarea membrului pelvin | se execută din piele și șinărie metalică , cu articulație liberă sau blocată la genunchi; piciorul și glezna se execută din lemn cu talpa din poliuretan; fixarea se realizează cu șiret ; pentru malformații congenitale ale membrului inferior. | 2 ani |
| 5 | Orteze de șold | | termoneopren sau material textil cu suport elastic; cu sistem de închidere tip velcro; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulația șoldului; | 12 luni |
| 6 | Orteze șold - genunchi | | termoneopren, material moale cu suport elastic; cu sistem de închidere tip velcro; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulațiile genunchiului și șoldului; | 12 luni |
| 7 | Orteze de șold - genunchi - gleznă - picior | | termoneopren; material moale cu suport elastic; cu sistem de închidere tip velcro; se recomandă pentru recuperare; înconjoară articulațiile șoldului, genunchiului, gleznei și piciorului; | 12 luni |
| | | coxalgieră (aparat) | piele și brățări metalice, montat pe opincuță; aparate pentru descărcarea și imobilizarea membrului pelvin; se recomandă pentru paralizia infantilă la copii și adulți; | 2 ani |
| | | Hessing (aparat) | piele și șinărie metalică, cu articulație la genunchi și șold; prinderea se realizează cu curele sau șiret; se recomandă pentru afecțiuni ale genunchiului și gleznei; | 2 ani |
| 8 | Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii | ham Pavlik | se execută din curele din piele; material textil; | * |
| | | de abducție | pânza și buretele sunt fixate cu chingă textilă; material termoformabil, metalic și textil, compus din două module de coapsă reglabile în diametre care sunt cuplate printr-o bară reglabilă în lungime prin intermediul a două articulații libere; | * |
| | | Dr. Fettwies | material termoformabil, metalic; module pentru patru mărimi, ușor de asamblat ; pentru copiii de la 6 la 15 luni; îgienizare ușoară; pentru abducție se folosește o tijă reglabilă; | * |
| | | Dr. Behrens | material termoformabil, metalic și benzi textile; hamul de purtare permite reglarea flexiei picioarelor în diferite unghiuri; pentru tratamentul luxației de șold până la tipul III; pentru abducție se folosește o tijă reglabilă; | * |
| | | Becker | | * |
| | | Dr. Bernau | material termoformabil, metalic și benzi textile; două mărimi pentru 0 ÷ 6 luni, 6 ÷ 12 luni; combină trat. luxației congen.de șold cu flexia șoldului mai mare de 90°; modulele fixează picioarele, iar cu ajutorul corzilor se reglează unghiul flexiei; o bară reglabilă permite poziționarea corectă a abducției; | * |

| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
|----|---|----------------------|--|---------|
| 9 | Orteze corectoare de statica piciorului | susținători plantari | până la nr. 23 inclusiv se execută din plută / duraluminiu / polimer; se folosesc pentru platfus gradele I și II, pîteni calcanieri și scurtări foarte mici; | ** |
| | | | mai mare de nr. 23,5 se execută din plută / duraluminiu / polimer; se folosesc pentru platfus gradele I și II, pîteni calcanieri și scurtări foarte mici; | ** |
| | | Pes Var / Valg | se pot executa din diverși polimeri: poliamide, poliuretani, polimeri vâscoelastici, cauciuc, etc; diverse mărimi; | 12 luni |
| | | Hallux - Valgus | bandă textilă ușoară și flexibilă; mărimi universale pentru piciorul drept / stîng; | 12 luni |

Notă : 1) pentru ortezele corectoare de statica piciorului tipurile a) și b) se prescriu numai perechi;

2) Pentru copiii, în vîrstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C5, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare;

* termenul de înlocuire poate fi modificat la recomandarea medicului specialist, cu monitorizarea perioadei de creștere;

** 6 luni, pentru susținători plantari din plută / polimer; 12 luni pentru susținători plantari din duraluminiu;

H. Încălțăminte ortopedică

| NR. CRT. | DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL | TIPUL | CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII | TERMEN ÎNLOC. |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|---------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
| 1 | Ghete | diformități | până la nr. 23 inclusiv | 6 luni |
| | | | mai mare de nr. 23,5 | 6 luni |
| | | cu arc | prevăzută cu arc de vipușcă și sub talpă; cu ștaif înalt și cu adaosuri la partea externă a tălpii și tocului (sau internă după caz); | 6 luni |
| | | amputații de metatars și falange | până la nr. 23 inclusiv | 6 luni |
| | | | mai mare de nr. 23,5 | 6 luni |
| | | scurtări | până la 10cm, până la nr. 23 inclusiv | 6 luni |
| | | | până la 10cm, mai mare de nr. 23,5 | 6 luni |
| | | | peste 10cm, până la nr. 23 inclusiv | 6 luni |
| peste 10cm, mai mare de nr. 23,5 | 6 luni | | | |
| 2 | Pantofi | diformități | până la nr. 23 inclusiv | 6 luni |
| | | | mai mare de nr. 23,5 | 6 luni |
| | | amputații de metatars și falange | până la nr. 23 inclusiv | 6 luni |
| | | | mai mare de nr. 23,5 | 6 luni |
| | | scurtări | pentru scurtări până la 8cm, până la nr. 23 inclusiv | 6 luni |
| | | | pentru scurtări până la 8cm, mai mare de nr. 23,5 | 6 luni |
| | | | pentru scurtări peste 8 cm, până la nr. 23 inclusiv | 6 luni |
| | | | pentru scurtări peste 8 cm, mai mare de nr. 23,5 | 6 luni |

Notă: 1) Pentru copiii, în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă pereche de încălțăminte ortopedică, înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C5, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi;

2) se va prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi;

3) numerele utilizate sunt exprimate în sistem metric;

I. Dispozitive pentru deficiențe vizuale

| NR. CRT. | DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL | TIPUL | CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII | TERMEN ÎNLOC. |
|----------|----------------------------------|---|------------------------------------|---------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
| 1 | Lentile intraoculare | pentru camera anterioară pentru camera posterioară | Filtru UV Filtru UV | * |
| 2 | Proteză oculară | pentru copii | | ** |

* se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puțin 6 luni de la prima protezare;

** se acordă doar pentru copii, în vârstă de până la 18 ani ori de câte ori este nevoie.

J. Soluție vâscoelastică pentru infiltrații intraarticulare

| NR. CRT. | DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL | TIPUL | CARACTERISTICI TEHNICE DEFINITORII | MOD DE ACORDARE |
|----------|--|-------|---|---------------------------|
| C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
| 1 | Soluție sterilă vâscoelastică pentru infiltrații intraarticulare | | Implant vâscoelastic ce are la bază hialuronat de sodiu | 1 set/an (max. 5 doze) |

CONTRACT
de furnizare de dispozitive medicale destinate
recuperării unor deficiente organice sau fiziologice

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.....,cu Certificatul de înregistrare *) seria..... codul unic de înregistrare nr....., având sediul social în localitatea....., str.....nr....., telefon.....,fax:.....contul nr.....deschis la **Trezoreria** statului sau contul nr..... deschis la Banca, Certificat de acreditare nr...../data.....,autorizația/autorizațiile de utilizare a dispozitivelor medicale pentru care a fost acreditat și/sau, după caz, certificatul/certIFICATELE de înregistrare a dispozitivelor medicale pentru care a fost acreditat.....

.....

.....

Certificatul de înregistrare a reprezentantului autorizat, acolo unde este cazul.....

*) Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, înregistrarea în Registrul unic al Ministerului Sănătății inclusiv codul fiscal și autorizația sanitară de funcționare;

II. OBIECTUL CONTRACTULUI

Art.1.- Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003, 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. 34 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 Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 și constau în:

- a)
- b)
- c)

IV. DURATA CONTRACTULUI

Art.3.- Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2004.

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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

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 înscriși în lista cuprinzând furnizorii acreditați pentru întreaga țară astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor prezentei hotărâri;
- b) să informeze permanent furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare;
- c) să verifice activitatea furnizorilor de dispozitive medicale conform contractelor încheiate cu aceștia;
- d) să emită decizii privind aprobarea procurării dispozitivului medical, în limita fondurilor cu această destinație;
- e) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale din lista cuprinzând furnizorii acreditați pentru întreaga țară;
- f) să asigure decontarea pe baza facturilor emise de furnizor și a documentelor însoțitoare;
- g) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la termenele stabilite, datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de dispozitive medicale, în baza contractelor încheiate cu aceștia;
- h) să țină evidența deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale pe fiecare asigurat, precum și evidența dispozitivelor medicale decontate pe fiecare asigurat;

i) să afișeze la loc vizibil lista cuprinzând furnizorii acreditați cu care se află în relație contractuală, prețurile de vânzare cu amănuntul ale dispozitivelor medicale furnizate de aceștia, prețurile de referință ale dispozitivelor medicale;

j) 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 și de utilizare a dispozitivelor medicale;
- b) să asigure repararea dispozitivelor medicale după expirarea termenului de garanție;
- c) să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, atât în perioada de garanție, cât și după expirarea acesteia, pe toată perioada de utilizare, stabilită conform legii;
- d) să livreze dispozitivele medicale și să desfășoare activități de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru menționat/menționate în certificatul de acreditare;
- e) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical;
- f) să livreze la termenul convenit cu asiguratul dispozitivul medical comandat, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea prescripției medicale să nu sufere modificări;
- g) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate prețurile de vânzare cu amănuntul pentru calcularea prețului de referință și caracteristicile specifice ale dispozitivelor medicale pentru care sunt acreditați;
- h) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- i) să emită facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele la comandă, după caz, audiogramele efectuate după protezarea auditivă, după caz, talonul lunar pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, 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;
- j) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;
- k) să nu refuze contractarea furnizării de dispozitive medicale cu casele de asigurări de sănătate, la solicitarea acestora;
- l) să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

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 urmatoare 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 fiscală.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul de vânzare cu amănuntul cel mai mic la nivel național. În situația în care prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mic decât prețul de referință, casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul a produsului respectiv.

Art. 9 - În cadrul termenului de înlocuire a dispozitivului medical, casele de asigurări de sănătate pot deconta una sau mai multe reparații, a căror valoare totală nu trebuie să depășească 50% din prețul de referință valabil în momentul emiterii deciziei privind aprobarea reparației dispozitivului medical.

Art.10.- (1) Decontarea la furnizor a dispozitivelor medicale se face de către casele de asigurări de sănătate la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare a dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor, după confirmarea primirii de către asigurat a dispozitivului medical. Furnizorul va indica și suma încasată de la asigurat drept contribuție personală, cu menționarea numărului chitanței fiscale și a datei acesteia. Factura emisă de furnizor este însoțită de copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele medicale la comandă, 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. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii și incontinență urinară vor atașa și talonul lunar.

(2) Decontarea în cazul protezării pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul 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 modulare pentru membrul inferior, la prima protezare, decontarea se face pentru același furnizor, cumulată pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al pretului de referință al protezei. Pentru prima etapă de protezare valoarea decontată va fi până la nivelul pretului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru a doua etapă de protezare reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al pretului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei finale de procurare a protezei.

(4) Decontarea în cazul protezării O.R.L. se face după depunerea de către asigurat a unui document de validare, întocmit de medicul specialist O.R.L. care a prescris protezarea ORL, 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.). În cazul în care asiguratul nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului, casa de asigurări de sănătate va valida (confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) 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 decizii privind aprobarea procurării/reparării dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de așteptare pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale, respectiv pentru reparații.

Art.11.- 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.12.- Decontarea dispozitivelor medicale se face în termen de maximum 30 de zile de la depunerea documentelor justificative, conform normelor financiar-contabile și dispozițiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

VII. RASPUNDEREA CONTRACTUALĂ

Art.13.- Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune - interese.

Art.14.- (1) Neplata sumelor datorate în condițiile prevăzute în contract, din vina casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 30 de zile de la depunerea facturii și a altor documente justificative atrage majorări de întârziere egale cu majorările care se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

(2) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a deconta unele facturi ale furnizorilor de dispozitive medicale se poate face numai prin prezentarea în scris a cauzelor care au condus la aceasta.

VIII. CLAUZĂ SPECIALĂ

Art.15.- (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 de la data apariției respectivului caz de forță majoră 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 rezoluțiunea contractului.

IX. CONTRAVENȚII

Art.16.- Refuzul furnizorilor de dispozitive medicale de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a dispozitivelor medicale furnizate și documentele în baza cărora se decontează acestea, conduce la amânarea decontării de către casele de asigurări de sănătate a dispozitivelor medicale furnizate până la data îndeplinirii acestei obligații.

X. ÎNCETAREA CONTRACTULUI

Art.17.- Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizației/avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale sau expirarea termenului de valabilitate a acestora;

b) retragerea acreditării sau expirarea termenului de valabilitate a acreditării;

c) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își întrerupe activitatea o perioadă mai mare de 30 zile calendaristice ;

d) furnizarea de dispozitive medicale pentru care nu este acreditat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

e) nerespectarea prevederilor legale privind condițiile de introducere pe piață și de utilizare a dispozitivelor medicale ;

f) nerespectarea în mod repetat a termenelor de livrare a dispozitivelor medicale.

Art.18.- Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) se schimbă adresa sediului social;
- b) decesul sau schimbarea reprezentantului legal;
- c) încetarea prin faliment, dizolvare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;
- d) încetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;
- e) acordul de voință al părților;
- f) 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.19.- Situațiile prevăzute la art.17 și art. 18 lit.b) – e) se constată din oficiu de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute de art.18 lit. a) și f) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art.20.- Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, cu condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XI. CORESPONDENȚA

Art.21.- 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 din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. MODIFICAREA CONTRACTULUI

Art.22.- Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

Art.23.- În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intra în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Art.24.- Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză

declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

XIII. 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 centrale de arbitraj care va soluționa cauza potrivit legii.

Art.26.- Hotărârile Comisiei centrale de arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIV. 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 ASIGURARI DE SANATATE

Furnizor de dispozitive medicale

Președinte - Director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director adjunct economic,
.....

Director adjunct relatii contractuale,
.....

Vizat

Oficiul juridic

**PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZA IN ASISTENTA MEDICALA DE
RECUPERARE**

A. Lista cuprinzând serviciile medicale de recuperare în ambulatoriu și tarifele acestora

| Nr. crt. | Serviciu medical | Tarif - lei - |
|----------|--|---------------|
| 1. | Consultație inițială | 86.000 |
| 2. | Consultație de control | 57.000 |
| 3. | Oscilometrie | 57.000 |
| 4. | Infiltrație în structuri ale țesutului moale | 57.000 |
| 5. | Puncție și infiltrație intraarticulară | 86.000 |
| 6. | Kinetoterapie de grup pe afecțiuni | 23.000 |
| 7. | Bilanț articular | 80.500 |
| 8. | Bilanț muscular | 86.000 |
| 9. | Întocmirea planului de recuperare | 63.000 |
| 10. | Galvanizare | 30.000 |
| 11. | Ionizare | 30.000 |
| 12. | Curenți diadinamici | 26.000 |
| 13. | Trabert | 26.000 |
| 14. | TENS | 24.000 |
| 15. | Curenți interferențiali | 33.000 |
| 16. | Stercofrem | 33.000 |
| 17. | Myodinaflux | 33.000 |
| 18. | Diafrem | 33.000 |
| 19. | Unde scurte | 32.000 |
| 20. | Microunde | 33.000 |
| 21. | Diapuls | 49.000 |
| 22. | Ultrasunet | 30.000 |
| 23. | Sonodynator | 33.000 |
| 24. | Magnetoterapie | 30.000 |
| 25. | Laser-terapie | 24.000 |
| 26. | Solux | 23.000 |
| 27. | Ultraviolete | 23.000 |
| | Stimulări electrice: | |
| 28. | curenți cu impulsuri rectangulare | 31.000 |
| 29. | curenți cu impulsuri exponențiale | 32.000 |
| 30. | Contractia izometrică electrică | 38.000 |
| 31. | Stimulare electrică funcțională | 45.000 |
| 32. | Băi Stanger | 48.000 |
| 33. | Băi galvanice | 39.000 |
| 34. | Duș subacval | 44.000 |
| 35. | Aplicații cu parafină | 24.000 |

| | | |
|-----|---|--------|
| 36. | Băi sau pensulații cu parafină | 30.000 |
| 37. | Masaj regional | 30.000 |
| 38. | Masaj segmentar | 30.000 |
| 39. | Masaj reflex | 24.000 |
| 40. | Limf masaj | 78.000 |
| 41. | Aerosoli individuali | 40.000 |
| 42. | Pulverizație cameră | 20.000 |
| 43. | Hidrokinetoterapie individuală generală | 64.000 |
| 44. | Hidrokinetoterapie parțială | 36.000 |
| 45. | Kinetoterapie individuală | 58.000 |
| 46. | Tracțiuni vertebrale și articulare | 36.000 |
| 47. | Manipulări vertebrale | 52.000 |
| 48. | Manipulări articulații periferice | 30.000 |
| 49. | Kinetoterapie cu aparatură specială covor rulant, bicicletă ergometrică, elcometre, bac de vâslit | 26.000 |

NOTĂ:

Serviciile medicale se acordă pe o perioadă și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare.

Serviciile medicale de recuperare care se acordă în ambulatoriu, efectuate în bazele de tratament se raportează în vederea decontării, și se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare numai pentru primele 10 zile de tratament (maximum 4 proceduri/zi), după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

Serviciile medicale de recuperare prevăzute mai sus nu se decontează de casele de asigurări de sănătate atunci când acestea se acordă pentru următoarele situații:

1. obezitate
2. vergeturi
3. sindrom tropostatic
4. gimnastică de întreținere (fitness, body- building)

B. Servicii medicale de recuperare a sănătății acordate în sanatorii și preventorii

În sanatoriile balneare, contribuția asiguraților se calculează astfel:

| Tipul de asistență balneară | Durata*) | Contribuția asiguratului |
|--|-----------------|-----------------------------------|
| 1. Asistență balneară terapeutică | 18 – 21 zile | 30% din tariful/zi spitalizare |
| 2. Asistență balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală) | 21 – 30 de zile | 25% din tariful/zi de spitalizare |

*) Duratale 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. Pentru serviciile medicale de recuperare a sănătății acordate în alte sanatorii decât cele balneare și în preventorii nu se percepe contribuție din partea asiguraților.

CONDIȚIILE ACORDĂRII ASISTENȚEI MEDICALE DE RECUPERARE A SĂNĂTĂȚII ȘI MODALITATEA DE PLATĂ A ACESTORA

ART.1 (1) Suma negociată și contractată de sanatoriile pentru adulți și copii, inclusiv cele 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;
- b) număr de paturi stabilit conform structurii unității de recuperare prin ordin al ministrului sănătății pentru anul 2004;
- c) nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor conform **Ordinului ministrului sănătății și familiei nr.208/2003**;
- 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;
- f) tariful pe zi de spitalizare;
- g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat.

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare încheiat de casele de asigurări de sănătate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, și preventoriile este repartizată sub formă de buget stabilit pe titluri, articole și alineate de cheltuieli și 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, cu încadrarea în bugetul stabilit și aprobat al sanatoriului/preventoriului

Pentru sanatoriile balneare, suma contractată decontată de casele de asigurări de sănătate, este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților.

Contribuția personală a asiguraților reprezintă 25 - 30% 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 | 30% din tariful/zi de spitalizare |
| 2. Asistență balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală) | 21 - 30 de zile | 25% 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 chitanță fiscală pentru această contribuție, și reprezintă venit propriu al unității sanitare.

ART.2 Decontarea serviciilor medicale de recuperare efectuate în sanatorii 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](#).

ART.3 Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumelor corespunzătoare serviciilor medicale realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate. Pentru prima lună în care se aplică această prevedere, casele de asigurări de sănătate vor efectua până la data de 10 a acestei luni, decontarea finală a lunii precedente iar până la data de 17, decontarea lunii curente pentru perioada 1 – 15 a lunii în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate.

ART.4 Pentru spitalele de recuperare și secțiile/compartimentele de recuperare din cadrul unor spitale, contractarea și decontarea serviciilor medicale de recuperare se fac în condițiile stabilite în anexa nr.18 la ordin, din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

ART.5 (1) Unitățile ambulatorii de recuperare din structura unor unități sanitare sau în unități ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinete medicale de specialitate organizate conform [Ordonanței Guvernului nr.124/1998](#), republicată, cu completările ulterioare, și în cabinete 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 în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe serviciu pentru serviciile din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr.36 la ordin.

În vederea contractării numărului de servicii medicale de recuperare acordate de medicii de specialitate în cabinetul medical se ține cont de faptul că numărul acestor servicii nu poate depăși numărul de servicii medicale rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație medicală este necesară o durată de 15 de minute în medie corespunzător unui program de lucru de 7 ore pe zi. Dacă programul de lucru este mai mic sau mai mare de 7 ore pe zi numărul de consultații scade sau crește corespunzător.

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

(2) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate se face în funcție de numărul de servicii medicale efectiv realizat atât în cabinetele medicale, cât și în bazele de tratament, înmulțit cu tarifele din [anexa nr.36](#) la ordin, în limita sumelor contractate.

(3) Serviciile medicale de recuperare care se acordă în bazele de tratament se raportează în vederea decontării și se suportă din fondurile de asigurări sociale de sănătate numai pentru primele 10 zile de tratament (maximum 4 proceduri/zi), după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

Tarifele prevăzute în anexa nr.36 la ordin au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale. 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 decontează contravaloarea serviciilor medicale la nivelul tarifelor din anexa nr.36, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unităților, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele și materialele sanitare.

ART.6 (1) În cazul erorilor constatate după raportarea serviciilor medicale de recuperare, fondul aferent acestor servicii din trimestrul în care se constată eroarea se majorează sau se diminuează cu suma corespunzătoare erorilor constatate în trimestrul anterior.

(2) 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.

ART.7 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitatea de recuperare a sănătății care nu se regăsesc în [anexa nr.36](#) la ordin, precum și a serviciilor medicale acordate la cererea asiguratului fără recomandare medicală se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinetul medical, pentru care se eliberează chitanță fiscală cu indicarea serviciului prestat.

ART.8 (1) În cabinetele medicale de recuperare din ambulatoriul de specialitate, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr.124/1998](#), republicată, cu completările ulterioare, pot fi angajați medici precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare, cu excepția persoanelor care își desfășoară activitatea în cabinete organizate conform [Ordonanței de urgență a Guvernului nr.83/2000](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin [Legea nr.598/2001](#). Drepturile salariale ale personalului angajat se stabilesc prin negociere, cu respectarea legislației în vigoare. Medicul de specialitate are obligația să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru aceste categorii de personal. Medicii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate pot

prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, folosind formularul-tip 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 de recuperare a sănătății cabinetele medicale individuale organizate conform [Ordonanței Guvernului nr.124/1998](#) republicată, cu completările ulterioare, pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv.

ART.9 Persoanele care își desfășoară activitatea în cabinetul medical de recuperare beneficiază de plata concediilor medicale și de plata concediilor pentru creșterea copilului în vârstă de până la 2 ani, conform reglementărilor în vigoare din legislația de asigurări sociale. Persoanele încadrate cu contract individual de muncă beneficiază și de plata concediilor de odihnă și de alte concedii ale salariaților, potrivit legii.

ART.10 Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform [Ordonanței Guvernului nr.124/1998](#) republicată, cu completările ulterioare, 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.11 Controlul serviciilor medicale ce se acordă asiguraților de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală de recuperare se asigură de către serviciile specializate din structura Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a caselor de asigurări de sănătate, a Ministerului Sănătății, a direcțiilor de sănătate publică și a direcțiilor medicale ori structurilor similare organizate conform Legii nr.100/1998 privind asistența de sănătate publică, cu completările ulterioare, din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinul Asistenților Medicali din România, organizate la nivel național și teritorial, precum și alte instituții abilitate, după caz, conform prevederilor legale în vigoare.

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 medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală de recuperare 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, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu aceste prilej.

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de recuperare 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, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon, fax: reprezentat prin: având actul de înființare / organizare nr., autorizația sanitară de funcționare nr., codul fiscal nr., cont nr. deschis la Trezoreria statului, certificat de acreditare nr. , **copie după dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical.**

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare în sanatorii 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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 și a **Normelor metodologice** de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare a sănătății acordate în sanatorii și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

ART. 2 Serviciile medicale de recuperare a sănătății în sanatorii și preventorii se acordă în baza recomandărilor pentru tratament de recuperare 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 curant de recuperare.**

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2004.

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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să verifice serviciile medicale acordate asiguraților de către furnizorii de servicii medicale de recuperare, conform contractelor încheiate cu aceștia;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, la termenele stabilite în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare;
- c) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale de recuperare despre condițiile de contractare;
- d) în cazul unităților sanitare cu paturi, care contractează servicii medicale de recuperare cu o singură casă de asigurări de sănătate, să deconteze serviciile medicale de recuperare acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia.

ART. 6 Furnizorul are următoarele obligații:

- a) să acorde servicii medicale asiguraților numai pe bază de bilet de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;
- b) să ofere relații asiguraților despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, precum și despre serviciile medicale oferite, modul în care vor fi furnizate acestea și să îi consilieze în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;
- c) să stabilească și să furnizeze tratamentele adecvate;
- d) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a pacienților;
- e) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament;
- f) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- g) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;
- h) să asigure asistență medicală indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate a asiguratului;
- i) să nu încaseze de la asigurați contribuții personale pentru serviciile medicale furnizate care se suportă integral de casele de asigurări de sănătate;
- j) să își stabilească programul de activitate și să îl afișeze la loc vizibil;
- k) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia;
- l) să anunțe casele de asigurări de sănătate în cazul în care unității sanitare i-a fost retrasă sau suspendată autorizația sanitară de funcționare sau acreditarea;
- m) să factureze lunar în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale de recuperare acordate asiguraților. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate; desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a

președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și sunt puse la dispoziție furnizorilor de servicii medicale de recuperare contra cost de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage nedecontarea la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale de recuperare, a serviciilor medicale furnizate;

n) să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

VI. Modalități de plată

ART.7 (1) Suma negociată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii balneare 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 și preventorii, este de și se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat și tariful pe zi de spitalizare negociat.

ART. 8 (1) Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni de către conducerea acestor unități prin negociere cu casa de asigurări de sănătate, 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 serviciile medicale în baza facturii și a desfășurătoarelor activităților realizate, în limita sumelor contractate și conform indicatorilor specifici. Pentru prima lună în care se aplică această prevedere, casa de

asigurări de sănătate va efectua până la data de 10 a acestei luni decontarea finală a lunii precedente, iar până la data de 17 decontarea lunii curente pentru perioada 1 – 15, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate.

ART.9 Decontarea serviciilor medicale de recuperare se face pe baza documentelor justificative, conform normelor financiar-contabile și a dispozițiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART.10 Plata serviciilor medicale de recuperare se face în contul nr. deschis la trezoreria statului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART.11 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să se încadreze din punct de vedere al calității lor în normele privind calitatea asistentei medicale acordate asiguraților, elaborate conform legii.

VIII. Răspunderea contractuală

ART.12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

ART.13 În cazul în care termenele de plată prevăzute la [art. 8](#) nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

ART.14 Reprezentantul legal al unității sanitare de recuperare 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.15 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, 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 contractului

ART.16 Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

a) unitatea sanitară cu paturi, nou înființată, care acordă servicii de recuperare, nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării prezentului contract;

b) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau încetarea valabilității acesteia ori încetarea acreditării furnizorului;

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

d) în cazul în care se constată încasarea de contribuție personală de la asigurați pentru serviciile medicale, care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate;

e) nerespectarea obligațiilor contractuale, constatate cu ocazia controlului efectuat de către instituțiile abilitate să efectueze acest control.

ART.17 Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare încheiat cu casa de asigurări de sănătate, încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

a) încetarea activității furnizorului de servicii medicale de recuperare prin desființare, lichidare, dizolvare;

b) se mută unitatea sanitară din teritoriul de funcționare;

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 sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART.18 Situațiile prevăzute la [art.16](#) și la [art. 17](#) lit. a) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la [art.17](#) lit. b) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART.19 Prezentul contract poate fi reziliat de părțile contractante pentru neîndeplinirea 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. 20 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 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.21 Prezentul contract se poate modifica, prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare, cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

ART.22 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intra 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 condițiile aplicării art. 37 din Legea nr. 507/2003 a bugetului de stat pe anul 2004, în limita fondului aferent asistenței medicale de recuperare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART.23 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai cu putință spiritului contractului.

Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare 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.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 centrale de arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii.

ART.25 Hotărârile Comisiei centrale de arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

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

Președinte - Director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director general adjunct economic,
.....

Director general adjunct contractare,
.....

Vizat
Oficiul juridic

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare
(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

- unitatea ambulatorie de recuperare din structura unor unități sanitare....., reprezentată prin

- cabinetul medical de specialitate, organizat conform **Ordonanței Guvernului nr. 124/1998** privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, 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 îndeplinesc condițiile prevăzute de O.U.G.nr.152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare aprobată prin Legea nr. 143/2002 reprezentată prin

- unitate ambulatorie de recuperareîn care își desfășoară activitatea medicii angajați în unitatea sanitară....., reprezentată prin

- cabinetul medical de specialitate din structura unității sanitare din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentat prin

având sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon, cu actul de înființare/organizare sau certificat de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, nr., autorizație sanitară de funcționare nr., cod fiscal nr., cont nr.deschis la trezoreria statului sau cont nr.deschis la banca.....cod numeric personal al reprezentantului legal copie după dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, certificatul de acreditare al furnizorului nr.

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare 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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003 și a **Normelor metodologice** de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare

ART.2 Furnizorul prestează tipurile de servicii medicale asiguraților, conform **anexei nr.36** 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 Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

ART.3 Furnizarea serviciilor medicale de recuperare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare se face de către următorii medici:

1.
2.
3.

ART. 4 Serviciile medicale de recuperare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare 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 din spital, aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare.

IV. Durata contractului

ART. 5 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2004.

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 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

V. Obligațiile părților

ART. 7 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale de recuperare, conform contractelor încheiate cu aceștia;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, la termenele stabilite în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare;
- c) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale de recuperare despre condițiilor de contractare.

ART. 8 Furnizorul are următoarele obligații:

- a) să acorde servicii medicale asiguraților numai pe bază de bilet de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate;
- b) să ofere relații asiguraților despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, precum și despre serviciile medicale oferite, modul în care vor fi furnizate acestea și să îi consilieze în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;
- c) să stabilească și să furnizeze tratamentele adecvate;
- d) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a pacienților;
- e) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament;
- f) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- g) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul medical angajat;
- h) să asigure asistență medicală indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate a asiguratului;
- i) să nu încaseze de la asigurați contribuții personale pentru serviciile furnizate care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate;
- j) să își stabilească programul de activitate și să îl afișeze la loc vizibil;
- k) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia;
- l) să anunțe casele de asigurări de sănătate în cazul în care unității sanitare i-a fost retrasă sau suspendată autorizația sanitară de funcționare sau acreditarea;
- m) să factureze lunar în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale de recuperare acordate asiguraților. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate; desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și sunt puse la dispoziția furnizorilor de servicii medicale de recuperare contra cost de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage nedecontarea serviciilor furnizate la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale de recuperare, a serviciilor medicale furnizate;
- n) să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

VI. Modalități de plată

ART. 9 Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor de sănătate este tariful pe serviciu medical prevăzut în **anexa nr. 36** 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 Hotărârea Guvernului nr. 1485/2003.

ART. 10 (1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

| Tipul serviciului | Numărul de servicii negociat (orientativ) | Tariful pe serviciu medical | Valoarea |
|-------------------|---|-----------------------------|------------------|
| 0. | 1. | 2. | $3 = 1 \times 2$ |
| TOTAL | x | x | |

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare a sănătății acordate în unități ambulatorii speciale de recuperare în sistemul asigurărilor de sănătate este de lei.

ART.11 Decontarea serviciilor medicale de recuperare a sănătății acordate în unități ambulatorii speciale de recuperare în sistemul asigurărilor de sănătate se face pe baza numărului serviciilor realizate și a tarifelor pe serviciu medical, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, și pe baza documentelor justificative conform normelor financiar-contabile și dispozițiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în limita valorii contractate.

ART. 12 Plata serviciilor medicale de recuperare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul de asigurări de sănătate se face în contul nr.deschis la trezoreria statului sau contul nr.deschis la banca.....

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 13 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să se încadreze din punct de vedere al calității lor în normele privind calitatea asistenței medicale, elaborate de către comisiile de specialitate din cadrul Colegiului Medicilor din România și negociate cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 14 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 15 În cazul în care termenele de plată prevăzute la [art.11](#) nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

ART. 16 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale 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. 17 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 de la data apariției respectivului caz de forță majoră 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 contractului

ART. 18 Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

a) dacă unitatea sanitară din ambulatoriul de specialitate care acordă servicii de recuperare nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau încetarea valabilității acesteia ori încetarea acreditării furnizorului;

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

d) nerespectarea termenelor de raportare în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate pentru o perioadă de maximum 2 luni consecutive în cadrul unui trimestru;

e) în cazul în care se constată încasarea de contribuție personală de la asigurați pentru serviciile medicale care se suportă integral de către casa de asigurări de sănătate, conform listelor și condițiilor prevăzute în norme;

f) nerespectarea obligațiilor contractuale constatate cu ocazia controlului efectuat de către instituțiile abilitate să efectueze acest control.

ART. 19 Contractul încetează la data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

a) încetarea activității furnizorului prin desființare, dizolvare, lichidare;

b) se mută unitatea sanitară din teritoriul de funcționare;

c) în cazul în care a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;

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

e) acordul de voință al părților;

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 20 (1) Situațiile prevăzute la [art. 18](#) și la [art. 19](#), lit. a), c) și d) 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. 19](#) lit. b) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART.21 Presentul 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.22 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 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. 23 Presentul 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. 24 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intra 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 condițiile aplicării art. 37 din Legea nr. 507/2003 a bugetului de stat pe anul 2004, în limita fondului aferent asistenței medicale de recuperare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 25 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 a autorizației sanitare de funcționare 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. 26 (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 centrale de arbitraj.

ART. 27 Hotărârile Comisiei centrale de arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

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

Furnizor de servicii medicale

Președinte - Director general,

Reprezentant legal,

.....

.....

Director adjunct economic,

.....

Director adjunct relații contractuale,

.....

Vizat
Oficiul juridic