

Nr. 1791 / 27.12.2006

Nr. C.V. 558 / 15-12-2006

ORDIN

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007

În temeiul prevederilor:

- art. 217 din titlul VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 862/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice;
- Hotărârii Guvernului nr. 1842/2006 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

ministrul sănătății publice și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

ART. 1

Se aprobă Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, prevăzute în anexele nr. 1 - 37 care fac parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 2

Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data 01.01.2007. De la această dată își încetează aplicabilitatea Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 681/243/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 569 bis din 30 iunie 2006, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 3

Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății publice
Gheorghe Eugen Nicolaescu



Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Cristian Vlădescu



ANEXA 1

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

CAP. 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 - la domiciliul copilului;
- b) la 1 lună - la domiciliul copilului;
- c) la 2 luni;
- d) la 4 luni;
- e) la 6 luni;
- f) la 9 luni;
- g) la 12 luni;
- h) la 15 luni;
- i) la 18 luni.

Notă: examenul de bilanț până la vârsta de 12 luni inclusiv, cuprinde obligatoriu și promovarea activă a alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni.

2. Supravegherea gravidei și stabilirea gradului de risc conform normelor metodologice emise de Ministerul Sănătății Publice:

- a) luarea în evidență în primul trimestru;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a
- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv ;
- d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;
- e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;
- f) consiliere pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.

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

3. Examen de bilanț anual al copiilor de la 2 la 18 ani .

4. Control medical 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 atunci când există argumente clinice de suspiciune a unei stări patologice consemnate în foaia de observație.
- încadrarea medicală a asiguratului într-o grupă de risc.

5. Imunizări:

I. conform programului național de imunizări:

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

- i) împotriva difteriei și tetanosului la adulți - dT (revaccinare);
 - j) împotriva tetanosului - dT sau VTA;
 - k) antirubeolică
 - II. antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;
 - III. alte vaccinări în caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sănătății publice.
6. Educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, precum și consilierea antidrog.
7. a) Controale periodice - epicriză de etapă pentru afecțiunile care necesită dispensarizare conform normelor stabilite de Ministerul Sănătății Publice:
- insuficiență cardiacă cronică clasa III și IV - NIHA
 - diabet zaharat tip II – pentru asigurații aflați în tratament cu antidiabetice orale
 - HTA cu AVC
- b) Controale periodice - epicriză de etapă pentru afecțiunile care necesită dispensarizare conform normelor stabilite de Ministerul Sănătății Publice, altele decât cele menționate la lit. a).
8. 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.
2. Manevre de mică chirurgie și tratament injectabil, după caz.
3. Prescriere de tratament medical și igienico-dietetic.
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 sau în vederea internării. Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau va atașa la acesta 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.
6. Luarea în evidență a bolnavului TBC confirmat de medicul de specialitate, urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat, până la scoaterea din evidență pe baza schemei TSS și numai pentru situațiile în care medicul de familie este direct implicat în administrarea acestei scheme. 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 în cadrul programului de lucru stabilit pentru aceasta, pentru situațiile în care medicul de familie consideră necesară această deplasare.
8. Monitorizarea tratamentului și a evoluției stării de sănătate a bolnavilor cronici.

C. Servicii medicale pentru situațiile de urgență:

- a) asistență medicală în urgențe medico-chirurgicale (anamneză, examen clinic și tratament), în limita competenței medicului de familie și a posibilităților tehnice medicale;
- b) trimitere, pentru cazurile care depășesc competența medicului de familie, către alte specialități sau în vederea internării, după caz.

Asigurații beneficiază de aceste servicii, indiferent de medicul de familie pe lista căruia sunt înscrși. Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa de urgență.

Serviciile medicale pentru situațiile de urgență se acordă:

- 1) în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit,
- 2) în afara acestui program:
 - 2.1) de medicii de familie din centrele de permanență;

2.2) de medicii de familie care domiciliază în localitățile respective și fac dovada în acest sens, în localitățile în care nu sunt organizate centre de permanență, precum localități izolate, greu accesibile, cu un număr mic de locuitori și cu un număr redus de medici;

2.3) de unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate ce asigură serviciile medicale de urgență și transport medical.

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 necesare în limita domeniului de competență a asistenței medicale primare.

CAP. II

PACHET MINIMAL DE SERVICII MEDICALE

A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență:

a) asistența medicală în urgențe medico-chirurgicale (anamneză, examen clinic și tratament), în limita competenței și a posibilităților tehnice medicale;

b) trimitere, pentru cazurile care depășesc competența medicului de familie, către alte specialități sau în vederea internării, după caz.

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

Serviciile medicale pentru situațiile de urgență se acordă:

- 1) în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit,
- 2) în afara acestui program:

2.1) de medicii de familie din centrele de permanență;

2.2) de medicii de familie care domiciliază în localitățile respective și fac dovada în acest sens, în localitățile în care nu sunt organizate centre de permanență, precum localități izolate, greu accesibile, cu un număr mic de locuitori și cu un număr redus de medici;

2.3) de unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, ce asigură serviciile medicale de urgență și transport medical.

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

B. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen obiectiv, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament.)

C. Imunizări:

I. conform programului național de imunizări:

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

- h) împotriva difteriei și tetanosului - DT (revaccinare);
- i) împotriva difteriei și tetanosului la adulți - dT (revaccinare);
- j) împotriva tetanosului - dT sau VTA.
- k) antirubeolică

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

III. alte vaccinări în caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sănătății publice.

CAP. III

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURĂ FACULTATIV

A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență:

- a) asistența medicală în urgențe medico-chirurgicale (anamneză, examen clinic și tratament), în limita competenței și a posibilităților tehnice medicale;
- b) trimitere, pentru cazurile care depășesc competența medicului de familie, către alte specialități sau în vederea internării, după caz.

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

Serviciile medicale pentru situațiile de urgență se acordă:

- 1) în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit,
- 2) în afara acestui program:
 - 2.1) de medicii de familie din centrele de permanență;
 - 2.2) de medicii de familie care domiciliază în localitățile respective și fac dovada în acest sens, în localitățile în care nu sunt organizate centre de permanență, precum localități izolate, greu accesibile, cu un număr mic de locuitori și cu un număr redus de medici;
 - 2.3) de unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, ce asigură serviciile medicale de urgență și transport medical.

B. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo - epidemic (examen obiectiv, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament).

C. Supravegherea gravidei și stabilirea gradului de risc, conform normelor metodologice emise de Ministerul Sănătății Publice:

- a) luarea în evidență în primul trimestru;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a
- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv ;
- d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;
- e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;

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

D. Imunizări:

I. conform programului național de imunizări:

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

- h) împotriva difteriei și tetanosului - DT (revaccinare);
 - i) împotriva difteriei și tetanosului la adulți - dT (revaccinare);
 - j) împotriva tetanosului - dT sau VTA;
 - k) antirubeolică.
- II. antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;
- III. alte vaccinări în caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sănătății publice.

E. Servicii medicale curative:

Consultație pentru afecțiuni acute intercurrente (anamneză, examen obiectiv, diagnostic și tratament).
Tratamentul prescris se recomandă prin prescripție contra cost.

NOTA:

Cetățenii străini titulari de card european beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la Cap. III lit. A, B și E, iar în cazul literei E beneficiază de prescripții pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu. Cetățenii străini titulari de card european se pot prezenta la oricare medic de familie aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

ART. 1

(1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de asigurați și plata prin tarif pe serviciu medical, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază ce se acorda asiguraților din lista proprie, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, precum și pentru serviciile medicale acordate cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene titulari ai cardului european.

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

a) numărul de puncte acordat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a 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 înscrși 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 înscrși 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 atașează la fișa medicală actele doveditoare pentru pensionarii pe motiv de boală înscrși 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 înscrși 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 din mediul rural: localități izolate, greu accesibile și cu număr redus de medici de familie, 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. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 beneficiază:

1) în primele 3 luni de la încheierea contractului, de 80% din numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a).

2) pentru următoarele 3 luni de un venit stabilit în aceleași condiții cu cel al medicilor de familie ce nu fac parte din această categorie.

Pe parcursul celor 6 luni medicul de familie nou venit va respecta dreptul asiguraților de a-si alege medicul de familie.

La sfârșitul celor 6 luni, medicii de familie pot continua relația contractuală dacă îndeplinesc prevederile art. 22 alin. (3) și (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, privind numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscriși pe listele medicilor de familie.

c) medicii nou-veniți într-o localitate în condițiile prevederilor art. 30 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, chiar dacă la sfârșitul celor 3 luni pentru care a avut încheiată convenție de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale prevăzut la art. 22 alin. (3) și (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care și-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou veniți au obligația ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou venit și casa de asigurări de sănătate va înceta la expirarea celor trei luni.

Pentru cele 3 luni de contract în care medicul nou venit are obligația de a înscrie numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale prevăzut la art. 22 alin. (3) și (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, venitul se stabilește conform lit. a)

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

1. în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice 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 stabilesc anual de către autoritățile de sănătate publică și se aprobă de casele de asigurări de sănătate, ca urmare a punerii în aplicare a prevederilor ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate mai sus menționat;

2. în raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte 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 individual din mediul rural angajează un medic 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;

e) serviciile cuprinse la cap. I lit. A pct. 2 lit. f) pct. 6 și 7 lit. b), lit. B pct. 1, 2, 3, 4, 5, 7 și 8, lit. C pct. 1), D și E din anexa nr. 1 sunt incluse în plata "per capita".

(3) Suma convenită pentru unele servicii medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, pentru serviciile medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, precum și pentru serviciile medicale acordate cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene titulari ai cardului european, 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, conform Cap. I lit. A, pct. 1, lit. a) – i) din anexa 1:		
a) la externarea din maternitate la domiciliul copilului	15	
b) la 1 lună, la domiciliul copilului	15	
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 / examen de bilanț al asiguraților, conform Cap. I lit. A, pct. 3 și 4 din anexa 1:		
- examen de bilanț al copiilor în vârstă de la 2 ani - 18 ani conform Cap. I lit. A, pct. 3 din anexa 1	3	- Anual
- control medical al asiguraților cu vârsta peste 18 ani conform Cap. I lit. A, pct. 4 din anexa 1	3	- cel mult 1 control/an
3) Supravegherea gravidei, conform cap. I lit. A pct. 2 lit. a) - c), cap. III lit. C lit. a) - c), din anexa nr. 1:		
a) luarea în evidență în primul trimestru	10	
b) din luna a 3-a până în luna a 7-a	8	Lunar
c) din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv	8	de două ori pe luna

4) Urmărirea leuzei, conform cap. I lit. A pct. 2 lit. d) și e) și cap. III lit. C lit. d) și e) din anexa nr. 1 : a) la externarea din maternitate – la domiciliu;	8	
b) la 4 săptămâni de la naștere ;	8	
5) Imunizări conform cap. I lit. A pct. 5, cap. II lit. C și cap. III lit. D din anexa nr. 1 *)	4/inoculare sau doză orală	
6) Luarea în evidență a bolnavului TBC confirmat de medicul de specialitate, urmărirea și aplicarea tratamentului strict supravegheat, până la scoaterea din evidență, conform Cap. I, lit. B, pct. 6 din anexa nr. 1	40/lună	
7) Serviciile prevăzute: a) la cap. II lit. A, pct. 1) și cap. III lit. A, pct. 1) din anexa nr. 1 b) la cap. II lit. B (pentru depistare) și cap. III lit. B (pentru depistare) din anexa nr. 1 c) la cap. II lit. B (pentru supraveghere) și cap. III lit. B (pentru supraveghere) din anexa nr. 1	6/solicitare 10/caz confirmat 3 puncte pe persoană	trimestrial
8) Servicii medicale acordate de medicul de familie care domiciliază în localitățile în care nu sunt organizate centre de permanență (în afara orelor de program), conform Cap. I lit. C, pct. 2.2, Cap. II lit. A, pct. 2.2, Cap. III, lit. A, pct. 2.2, din anexa 1: 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 conform Cap. I lit. C, pct. 2.1., Cap. II lit. A, pct. 2.1, Cap. III, lit. A, pct. 2.1, din anexa 1	10/oră	
10) Bolnav TBC nou, descoperit activ de medicul de familie, trimis și confirmat de specialist, conform Cap. I, lit. A, pct. 8 din anexa 1	20/caz confirmat	
11) Controale periodice - epicriză de etapă pentru unele afecțiuni care necesită dispensarizare, conform Cap. I, lit. A, pct. 7, lit. a) din anexa nr. 1 : - insuficiență cardiacă cronică clasa III și IV (NIHA) - diabet zaharat tip II – pentru asigurații aflați în tratament cu antidiabetice orale -HTA cu AVC	3/caz 5/caz 3/caz	La 3 luni La 6 luni La 3 luni
12) Serviciile medicale curative prevăzute la Cap. III, lit. E, din anexa nr. 1	3/ solicitare	maximum 2 / lună

*) Pentru imunizările efectuate în colectivități școlare, acolo unde nu există medic școlar, acestea se efectuează de către medicii de familie desemnați de autoritățile 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, urmare a confirmării de către autoritatea de sănătate publică. 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 notă explicativă care să cuprindă tipurile de vaccin administrate în inocularea respectivă și cu confirmarea autorității de sănătate publică.

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.

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 asigurațului 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 fișa de consultație și în biletul de trimitere.

c) în cazul depistării unor boli cu potențial endemo-epidemic trebuie să se ia măsuri de izolare și 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 autoritățile 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 autorităților 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 vaccinare și în carnetul de vaccinare, 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 autorităților de sănătate publică. În ambele situații medicul înlocuitor trebuie să aibă licență de înlocuire temporară iar preluarea activității se face pe bază de convenție de înlocuire. Licența de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înștiințarea în scris a casei de asigurări de sănătate și a autorității de sănătate publică. Pentru asigurarea condițiilor în vederea

preluării activității unui medic de familie de către alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, pun la dispoziție medicilor de familie listele cu medicii cu licența de înlocuire, fără obligații contractuale, cum este și cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condițiile legii.

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

(2) Perioadele de absență 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 și rezidențiat în specialitatea medicina de familie, perioadă cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate.

(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 prelungi 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 numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă 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.

(4) În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, numărul de registru al cabinetului în care medicul înlocuitor își desfășoară activitatea, numărul de contract și ștampila cabinetului medical.

ART. 5

Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale în vigoare medici de familie. Medicii angajați nu au listă de 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.

ART. 6

(1) Medicii de familie nou-veniți într-o localitate încheie cu casa de asigurări de sănătate o convenție de furnizare de servicii medicale pe o perioadă de maximum 3 luni - perioadă considerată necesară

pentru înscrierea asiguraților și persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, în lista proprie, în care se prevăd obligațiile și drepturile furnizorului de servicii medicale, potrivit anexei nr. 6 la ordin.

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

(3) În cazul în care medicul care a încheiat o convenție potrivit alin. (1) nu reușește să înscrie pe lista proprie, în termenul prevăzut, numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale prevăzut la art. 22 alin. (3) și (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta, conform anexei 3 la ordin, pentru lista pe care acesta și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale prevăzut la art. 22 alin. (3) și (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou venit și casa de asigurări de sănătate va înceta la expirarea celor trei luni.

(4) Medicul de familie nou-venit într-o localitate într-un cabinet medical deja existent, conform art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, încheie cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale, conform anexei nr. 3 la ordin.

ART. 7

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

1. 85% pentru plata "per capita" și 15% pentru plata pe serviciu, după ce s-au reținut sumele ce rezultă potrivit pct. 2;

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

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

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

ART. 8

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

ART. 9

(1) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita" este unică pe țară, este valabilă pentru un an și este în valoare de 2,38 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 0,49 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.

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 sumelor convenite pentru activitatea desfășurată 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

Casele de asigurări de sănătate și autoritățile 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 acest prilej.

ART. 15

(1) În aplicarea art. 38 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, prin nerespectarea programului de lucru stabilit, se înțelege absența nemotivată de la programul de lucru afișat pentru activitatea desfășurată în cabinetul medical.

(2) Absența motivată se ia în considerare pentru situațiile prevăzute la art. 3 alin. (2), precum și pentru următoarele situații: citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective, cu condiția numirii unui înlocuitor pe bază de convenție de reciprocitate sau convenție de înlocuire, al 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. 16

(1) În cazul în care se reziliază contractul de furnizare de servicii medicale cu cabinete medicale în condițiile prevăzute de Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, 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, reprezentată prin președinte - director general,

și

Cabinetul medical de asistență medicală primară, organizat astfel:

- cabinet individual, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul titular

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

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

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

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

cu certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr., sau actul de înființare sau organizare nr., autorizație sanitară de funcționare pentru cabinet nr. / raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, autorizație sanitară de funcționare pentru punctul secundar de lucru nr. / raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege....., având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, 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 unic de înregistrare....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă pe toată perioada derulării contractului, dovada de evaluare a unității sanitare nr., dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr.....

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 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

publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

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, pentru persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, și, de la data aderării României la Uniunea Europeană, titularilor cardului european, de către următorii medici de familie:

1. având un număr de asigurați și un număr de..... persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscriși pe lista proprie;
2. având un număr de asigurați și un număr de.....persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscriși pe lista proprie;
3. având un număr de asigurați și un număr de.....persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscriși pe lista proprie.

.....

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2007.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților;
- b) să controleze actele de evidență financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;
- c) să verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigațiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu reglementările în vigoare;
- d) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate efectuate și raportate, pe baza facturii însoțită de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- e) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”; până la intrarea în funcțiune a „sistemului informatic unic” integrat se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;
- f) să monitorizeze numărul serviciilor medicale acordate de către furnizorii cu care se află în relații contractuale;
- g) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;
- h) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

i) să efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguraților conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale ;

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

k) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

l) să valideze sub semnătură, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate, depusă în scris de medicii de familie, pe suport de hârtie, iar lunar în vederea actualizării listelor proprii, să comunice lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat, precum și persoanele nou asigurate intrate pe listă.

m) 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;

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

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

p) să deconteze furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară cu care are încheiat contracte de furnizare de servicii medicale, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților înscrși, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

q) să încaseze de la medicii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat, contravaloarea acestor servicii precum și contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală și a dispozitivelor medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pe baza biletelor de trimitere și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

1) să asigure în cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de bază toate activitățile necesare, în limita domeniului de competență a asistenței medicale primare. De asemenea, au obligația

de a interpreta investigațiile necesare în stabilirea diagnosticului;

2) să actualizeze lista proprie cuprinzând asigurații și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise, ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară a asiguraților și a persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale; medicul de familie are obligația 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 lucrătoare; 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 după fișa medicală a acestuia;

3) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrise 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 nu au altă opțiune exprimată în scris, imediat după nașterea copilului;

4) 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 ori la sesizarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară;

5) 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 medicale ori de primărie, precum și la sesizarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară sau a direcțiilor de protecție a copilului pentru copiii aflați în dificultate din centrele de plasament sau din familii substitutive;

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

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

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

9) să participe la activitatea de asigurare a asistenței medicale continue organizată conform reglementărilor legale în vigoare, în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

10) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală care se aproba prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Medicamentele prescrise și investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul. Pentru recomandarea de investigații paraclinice trebuie să utilizeze biletele de trimitere pentru investigațiile paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate care sunt formulare cu regim special, unice pe țară. Medicul de familie poate refuza transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților și investigații paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alți medici. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală, precum și situațiile în care medicul de familie a prescris medicamente cu și fără contribuție personală la recomandarea medicului de medicina

muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală.

11) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament.

12) să informeze asigurații despre pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligațiile furnizorului de servicii medicale în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate precum și obligațiile asiguratului referitor la actul medical;

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

14) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura va fi însoțită de desfășurătoarele / documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru cetățenii titulari ai cardului european și pentru cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an, conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

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

16) să întocmească bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării atunci când este cazul și să consemneze în acest bilet sau să atașeze la bilet în copie rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu precum și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor paraclinice medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor paraclinice și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

17) să completeze corect și la zi toate documentele privind evidentele obligatorii din sistemul informațional al Ministerului Sănătății Publice cu datele corespunzătoare activității desfășurate;

18) să respecte programul de lucru pe care să-l afișeze la loc vizibil și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică și să organizeze preluarea activității medicale de către un alt medic de familie pentru perioadele de absență;

19) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

20) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate; furnizorilor li se recomandă participarea la acțiunile de informare organizate de casele de asigurări de sănătate și de autoritățile de sănătate publică;

21) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală ori de câte ori se solicită;

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

23) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide;

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

25) să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în normele metodologice de aplicare a

Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

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

27) să respecte protocoalele de practică elaborate conform dispozițiilor legale ;

28) să raporteze lunar în format electronic casei de asigurări de sănătate, la nivelul căreia funcționează „sistemul informatic unic integrat”, investigațiile medicale paraclinice recomandate în regim ambulatoriu și denumirile comune internaționale din lista medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu, pe CNP;

29) să acorde de la data aderării României la Uniunea Europeană, asistență medicală necesară titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

31) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară urmare a scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

VI. Modalități de plată

ART. 8

Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt:

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

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

1.2. Medic nou-venit în localitate, în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006:

DA/NU

Perioada de plată în condițiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006: de la până la

Perioada de plată în condițiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) pct. 2 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006: de la până la

1.3. Medic nou-venit în localitate, în condițiile prevederilor art. 30 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale încheiată pe o perioadă de 3 luni:

DA/NU

Perioada de plată în condițiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006: de la până la

1.4. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata "per capita" este unică pe țară, valabilă

pentru un an, de 2,38 lei.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau lit. c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, 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 unele servicii 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 publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu este unică pe țară, valabilă pentru un an, de 0,49 lei.

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

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

*) În cazul cabinetelor medicale individuale

- 1. Asistent medical
- Nume Prenume
- Cod numeric personal
- 2.

.....

b) Medic de familie

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafa al medicului

Program de lucru

Medic de familie angajat*)

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafa al medicului

Program de lucru

*) În cazul cabinetelor medicale individuale

1. Asistent medical

Nume Prenume

Cod numeric personal

2.

.....

c)

.....

ART. 9

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale 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 prevederilor Legii bugetului de stat pe anul 2007.

(3) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita" se diminuează în luna 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% .

VII. Calitatea serviciilor

ART. 10

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate elaborate în conformitate cu prevederile art.238 și 239 din Legea 95/2006 cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-

interese.

IX. Clauză specială

ART. 12

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

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile 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, rezilierea și suspendarea contractului

ART. 13

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept, la data producerii următoarelor situații:

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

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

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale 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) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, de la încetarea termenului de valabilitate a acestora, de la data încetării valabilității dovezii de evaluare a furnizorului;

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

c) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. 7, 10, 11, 13, 19, 21, 25, 27, 29, 30, 31 precum și la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

d) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 7 pct. 2,3, 4, 5, 6, 15, 16, 20, 22, 23, 24, 28;

e) la a patra constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 1, 8, 12, 17;

f) în cazul în care numărul de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale din lista proprie a unui medic de familie scade sub numărul minim stabilit conform art. 22 alin. (3) și (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, timp de 6 luni consecutiv;

g) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurii de diminuare a valorii minime garantate a punctului "per capita" pentru nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, pentru fiecare situație;

h) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-

contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

ART. 14

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

- a) furnizorul de servicii medicale se mută din raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal.
- f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- g) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

ART. 15

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

- a) – expirarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia;
- b) – pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului ;

ART. 16

Situațiile prevăzute la art. 13 și la art. 14 lit. b), c), f), g) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 14 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 17

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

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 18

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

ART. 19

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

ART. 20

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

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

ART. 21

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înainte de data 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. 22 (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii sau, după caz, a instanțelor de judecată.

ART. 23

Hotărârile Comisiei 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 ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Președinte - Director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției Management
și Economică
.....

Director executiv al Direcției Planificare,
Dezvoltare, Relații cu Furnizorii
.....

Vizat

Compartiment juridic și contencios

ANEXA 4

Vizat
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

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

I. Părțile convenției de înlocuire:

Dr., reprezentant legal al cabinetului medical
(numele și prenumele)....., 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 unic de înregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal

Medicul înlocuit:
(numele și prenumele)

Și

Dr., cu licența
(numele și prenumele)
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 absenței

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

IV. Locul de desfășurare a activității

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

V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Venitul "per capita" și pe serviciu pentru perioada de absență 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 plată

3. Documentul de plată

VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată 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*)

**anexă 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
....., reprezentată prin președinte - director general
.....

pentru

Medicul înlocuit:

(numele și prenumele)

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 asistență medicală primară nr.,
încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate, cont
nr., deschis la Trezoreria statului sau cont nr.
..... deschis la Banca, cod unic de
înregistrare al cărui reprezentant legal este:
.....

(numele și prenumele)

având codul numeric personal nr.

și

Dr., cu licența de

(numele și prenumele)

înlocuire ca medic de familie nr.,

II. Obiectul convenției

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

III. Motivele absenței:

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

IV. Locul de desfășurare a activității

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

V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

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 plată a medicului de familie înlocuitor

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

2. Termenul de plată

3. Documentul de plată

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,
.....

Director executiv al Direcției Management
și Economică
.....

Director executiv al Direcției Planificare,
Dezvoltare, Relații cu Furnizorii
.....

Medicul înlocuitor,

De acord,
Reprezentant legal al
cabinetului medical**)

.....

Vizat

Compartiment juridic și contencios

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

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

**CONVENȚIE DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară**

I. Părțile contractante

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

și

Unitatea sanitară de asistență medicală primară, cu sau fără punct de lucru secundar, reprezentat prin cu certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr. sau actul de înființare sau organizare nr., autorizație sanitară de funcționare pentru cabinet nr. / raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, autorizație sanitară de funcționare pentru punctul de lucru secundar nr., având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, și sediul punctului de lucru secundar în comuna, str. nr., telefon, cont nr., deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca, cod numeric personal al reprezentantului legal sau codul unic de înregistrare....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, dovada de evaluare a unității sanitare nr., valabilă pe toată perioada derulării contractului, dovada de evaluare a punctului secundar de lucru 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 pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 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 publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

IV. Durata convenției

ART. 3

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

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 4

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie convenții numai cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților;
- b) să controleze actele de evidență financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;
- c) să verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigațiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu reglementările în vigoare;
- d) să plătească venitul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate;
- e) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;
- f) să efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguraților conform convențiilor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;
- g) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit legislației;
- h) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;
- i) să utilizeze sistemul informatic unic integrat; unitar și confidențial corespunzător asigurării cel puțin a unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată fiecărui asigurat; până la intrarea în funcțiune a sistemului informatic unic integrat se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;
- j) să monitorizeze numărul serviciilor medicale acordate de către furnizorii cu care se află în relații contractuale.
- k) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de încheiere a convențiilor;
- l) să informeze asigurații despre dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispune.
- m) să încaseze de la medicii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat, contravaloarea acestor servicii precum și contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală și a dispozitivelor medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pe baza biletelor de trimitere și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 5

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

- 1) să asigure în cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de bază toate activitățile necesare, în limita domeniului de competență a asistenței medicale primare. De asemenea, au obligația de a interpreta investigațiile necesare în stabilirea diagnosticului;
- 2) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris, imediat după nașterea copilului;
- 3) 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 ori la sesizarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară;
- 4) 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 au încheiat contract de furnizare

de servicii ori de primărie, precum și la sesizarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară sau a direcțiilor de protecție a copilului pentru copiii aflați în dificultate din centrele de plasament sau din familii substitutive;

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

6) să solicite asiguraților, atât la înscrierea pe lista proprie cât și în condițiile prevăzute de normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat;

7) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală care se aproba prin hotărâre a Guvernului conform specializării, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Medicamentele prescrise și investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul. Pentru recomandarea de investigații paraclinice trebuie să utilizeze biletele de trimitere pentru investigațiile paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate care sunt formulare cu regim special, unice pe țară. Medicul de familie poate refuza transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților și investigații paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alți medici. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală, precum și situațiile în care medicul de familie a prescris medicamente cu și fără contribuție personală la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală.

8) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile art.238 și 239 din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament.

9) să informeze asigurații despre pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligațiile furnizorului de servicii medicale în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate precum și obligațiile asiguratului referitor la actul medical;

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

11) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

12) să întocmească bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării atunci când este cazul și să consemneze în acest bilet sau să atașeze la bilet în copie rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu precum și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor paraclinice medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor paraclinice și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

13) să completeze corect și la zi toate documentele privind evidențele obligatorii din sistemul informațional al Ministerului Sănătății Publice cu datele corespunzătoare activității desfășurate;

14) să respecte programul de lucru pe care să-l afișeze la loc vizibil și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică;

15) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii convenției de furnizare de servicii medicale în termen de maxim 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste

condiții pe durata derulării convenției;

16) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate; furnizorilor li se recomandă participarea la acțiunile de informare organizate de casele de asigurări de sănătate și de autoritățile de sănătate publică.

17) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală ori de câte ori se solicită;

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

19) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide;

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

21) să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

22) să respecte protocoalele de practică elaborate conform dispozițiilor legale

23) să raporteze lunar în format electronic casei de asigurări de sănătate, la nivelul căreia funcționează „sistemul informatic unic integrat”, investigațiile medicale paraclinice recomandate în regim ambulatoriu și denumirile comune internaționale din lista medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu, pe CNP;

24) să acorde de la data aderării României la Uniunea Europeană, asistență medicală necesară titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

26) să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale; raportarea către casa de asigurări de sănătate se face potrivit desfășurătoarelor privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru cetățenii titulari ai cardului european și pentru cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

27) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară urmare a scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

VI. Modalități de plată

ART. 6

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

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

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut de medic, la care se aplică ajustările prevăzute în norme;

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

Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical și medic de familie nou-venit în

componenta cabinetului medical cu care s-a încheiat convenția:

a) Medic de familie nou-venit

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafă a medicului

Program de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit lei

Sporul 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.

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 de parafă a 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.

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 în conformitate cu prevederile art.238 și 239 din Legea 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 8

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă 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. Încetarea, rezilierea și suspendarea convenției

ART. 10

(1) Convenția de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept, la data producerii următoarelor situații:

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

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

(2) Convenția de furnizare de servicii medicale 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) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, de la încetarea termenului de valabilitate a acestora, de la data încetării valabilității dovezii de evaluare a furnizorului

b) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 5 lit. 7), 8), 10), 15, 17), 21), 22), 24), 25), 27) , precum și la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate ;

c) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 5 lit. 2), 3), 4), 5), 11), 12, 16), 18), 19), 20), 23, 26).

d) la a patra constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 lit. 1), 6), 9), 13), 14).

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

ART. 11

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

a) furnizorul de servicii medicale se mută din raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

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

d) acordul de voință al părților;

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

f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

ART. 12

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

a) – expirarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia;

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

ART. 13

Situațiile prevăzute la art. 10 și la art. 11 lit. b), c), f), g) se constată de către casa de asigurări de

sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 11 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înainte de la care se dorește încetarea convenției.

XI. Corespondența

ART. 14

Correspondența 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 lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea convenției

ART. 15

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

ART. 16

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 17

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

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii sau, după caz, a instanțelor de judecată.

ART. 18

Hotărârile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Președinte - Director general,

Reprezentant legal,

.....

.....

Director executiv al Direcției Management
și Economică

.....

Director executiv al Direcției Planificare,
Dezvoltare, Relații cu Furnizorii

.....

Vizat

Compartiment juridic și contencios

**PACHETUL DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE
SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE, PARACLINICE, DE MEDICINĂ
DENTARĂ ȘI DE RECUPERARE – REABILITARE A SĂNĂȚĂȚII**

CAP. 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, și care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate cât și pe baza biletului de trimitere eliberat de medicii cu care casa de asigurări de sănătate are încheiate convenții conform Anexei nr. 36. Fac excepție de la prevederile anterioare cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene – titulari ai cardului european, urgențele și consultațiile de control pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr.9 la ordin, serviciile de medicină dentară precum și serviciile de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială, 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.

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 igieno-dietetic, 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 prezumție, 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. 9 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 are obligația de a 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
d) consultația pentru acupunctură, homeopatie și fitoterapie	10 puncte	8 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 consideră caz nou stabilirea pentru prima dată 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 prezumție, pe baza investigațiilor suplimentare solicitate de medicul de specialitate.

B. Servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate clinic:

1. Pachetul de servicii medicale de bază

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 alergenice 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 electrocardiografie (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 pediatrică 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	Panarițiului eritematos	15
Cc.2	Panarițiului flictenular	20
Cc.3	Panarițiului periunghial și subunghial	22
Cc.4	Panarițiului antracoid	22
Cc.5	Panarițiului pulpar	22
Cc.6	Panarițiului osos, articular, tenosinival***)	22
Cc.7	Flegmoanelor superficiale mână fără limfangită	22
Cc.8	Flegmoanelor lojă tenară, hipotenară, comisurale, tenosinovitelor	22
Cc.9	Abcesului de părți moi	22
Cc.10	Abcesului pilonidal***)	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	Adenoflegionului	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.	Dermatovenerologie	
D.c.	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 (efectuaare)	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**)	
J.c	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
Jc.12	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, examinare digitală a tensiunii oculare, examinarea motilității oculare, examen în lumină difuză	

N.1	Biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia	12
N.2	Determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie*), astigmometrie)	5
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 corpiilor 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	5
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, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange	25
Pc.2	Entorsei sau luxației patelei, umărului; disjunctie 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 scafoidului 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 membrelor, 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	Spirometrie	10
R.3	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor	15
R.4	Extragere bronhoscopică de corpi străini din căile respiratorii	35
R.5	Peakflow metrie	5

R.6	Aerosoli/caz (ședință)	3
R.7	Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ)	7/test
R.8	Teste de provocare nazală, oculară, bronșică	5
R.9	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie	5
R.10	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 30 de minute	45
Sc.2	Consultația de control include: efectuarea și/sau interpretarea unor investigații complementare specifice (examen psihologic: QI, anchetă socială, teste, scale clinice) și nespecifice, reevaluări, psihoeducația pacientului, familială, terapie educațională; durată medie 30 de minute	25
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, adicției)	15
S.7	Psihoterapie de grup (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicției)	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	5
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
Q1	Acupunctura (consultație și proceduri) (*****)	
Q.2	Homeopatie, fitoterapie(consultație inițială și consultații de control)*****	

*) 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.

****)) Medicii de specialitate care efectuează audiograme și care fac recomandări pentru protezare auditivă sunt cei care efectuează și audiogramele după protezare.

*****)) Casele de asigurări de sănătate decontează:

- o consultație inițială și maximum două consultații de control pentru fiecare cură /asigurat conform punctajului prevăzut la pct. 1 lit. A;
- 5 puncte/procedura, maxim 4 proceduri/zi, maxim 10 zile de tratament, maxim 2 cure/an/asigurat;

*****)) punctajul este cel prevăzut la pct. 1 lit. A. Pentru fiecare caz casele de asigurări de sănătate decontează o consultație inițială și maximum două consultații de control / diagnostic.

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 din specialitățile clinice pot efectua ecografiile cuprinse la cap. II pct. 1, ca o consecință a actului medical propriu pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate inclusiv de la medicul de familie, și dacă în cabinetul medical respectiv există aparatura medicală necesară și medicii de specialitate respectivi au obținut competența confirmată prin ordin al ministrului sănătății publice. 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 suspicionată 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

d) consultații pentru afecțiuni acute intercurrente (anamneză, examen obiectiv, diagnostic și tratament). Tratamentul prescris se recomandă prin prescripție contra cost. Punctajul este cel prevăzut la pct. 1 lit. A. Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează o consultație inițială și maxim două consultații de control pe asigurat și pe an.

CAP. 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 - lei-
- Hematologie								
1	2	.	8	0	7	0	Hemoleucograma completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formula leucocitară, indici eritrocitari*1)	12,62
2	2	.	8	0	4	0	Numărătoare reticulocite*1)	2,80
3	2	.	8	0	3	0	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	16,76
4	2	.	8	1	0	0	VSH*1)	2,37
5	2	.	8	6	0	1	Timp de coagulare	2,74
6	2	.	8	6	0	2	Timp de sângerare	2,65
7	2	.	8	6	2	1	Timp Quick, activitate de protrombină*1)	6,50
8	2	.	8	6	0	3	INR*1) (International Normalised Ratio)	7,68
9	2	.	8	6	2	2	APTT	11,07
10	2	.	8	2	1	1	Determinare grup sanguin ABO (la gravidă*1)	6,79
11	2	.	8	2	1	2	Determinare grup sanguin Rh (la gravidă*1)	7,09
12	2	.	8	2	3	0	Anticorpi specifici anti Rh (la gravidă*1)	6,79
- Biochimie								
13	2	.	1	1	2	0	Uree serică*1)	5,28
14	2	.	1	1	3	0	Acid uric seric*1)	5,28
15	2	.	1	1	4	0	Creatinină serică*1)**)	5,33
16	2	.	1	5	1	0	Calciu ionic seric*1)	7,09
17	2	.	1	5	1	1	Calciu seric total*1)	4,83
18	2	.	1	5	7	0	Magneziemie*1)	4,83
19	2	.	8	3	9	0	Sideremie*1)	6,40
20	2	.	1	3	1	0	Glicemie*1)	5,17
21	2	.	1	4	2	0	Colesterol seric total*1)	5,17
22	2	.	1	4	0	4	Trigliceride serice*1)	6,34

23	2	.	1	4	4	1	HDL colesterol (numai în HTA și obezitate și dislipidemii la copii*1))	7,37
24	2	.	1	4	4	3	LDL (numai în HTA și obezitate și dislipidemii la copii*1))	6,93
25	2	.	1	4	0	0	Lipide totale serice	5,63
26	2	.	1	0	2	0	Proteine totale serice*1)	6,34
27	2	.	4	6	0	0	TGO*1)	5,25
28	2	.	4	6	1	0	TGP*1)	5,28
29	2	.	4	7	2	0	Fosfatază alcalină*1)	7,01
30	2	.	3	2	1	0	Fibrinogenemie*1)	12,32
31	2	.	4	6	8	0	Gama GT	7,20
32	2	.	4	5	0	0	LDH	8,00
33	2	.	1	1	5	0	Bilirubină totală; directă*1)	5,28
34	2	.	4	9	6	1	Electroforeza proteinelor serice*1)	13,68
35	2	.	4	9	6	2	Electroforeza lipidelor serice	15,41
36	2	.	6	0	2	1	VDRL*1)	4,95
37	2	.	6	0	2	2	RPR*1)	4,94
38	2	.	6	0	2	3	Confirmare TPHA*1), *4)	11,06
39	2	.	2	4	0	0	Test Gutthrie	10,77
40	2	.	1	5	6	0	Determinare litiu	10,92
41	2	.	1	0	2	6	Hemoglobină glicozilată	20,35
Imunologie								
42	2	.	6	2	5	0	ASLO*1)	10,34
43	2	.	6	6	9	2	Factor reumatoid	8,41
44	2	.	6	6	9	1	Proteina C reactivă*1)	9,60
45	2	.	6	7	3	1	IgA, seric	13,29
46	2	.	6	7	3	2	IgE seric	12,87
47	2	.	6	7	3	3	IgM seric	13,59
48	2	.	6	7	3	4	IgG seric	13,29
49	2	.	5	5	4	0	Imunofixare	8,05
50	2	.	6	7	8	0	Crioglobuline	5,63
51	2	.	1	0	9	1	Complement seric	9,76
52	2	.	6	2	0	5	Depistare Chlamydii	17,59
53	2	.	6	2	0	6	Depistare Helicobacter Pylori	19,44
54	2	.	5	5	6	0	Testare HIV (la gravidă*1))	29,97
55	2	.	4	0	6	0	TSH	18,45
56	2	.	4	0	4	0	FT4	18,75
57	2	.	6	3	9	1	Ag Hbe*2)	51,65
58	2	.	6	3	9	2	Ag HBs (screening)*2)	28,05
59	2	.	6	2	0	1	Anti-HAV IgM*2)	36,90

60	2	.	6	2	0	2	Anti-HBc*2)	29,52
61	2	.	6	2	0	3	Anti-Hbe*2)	33,94
62	2	.	6	2	0	4	Anti HCV*2)	58,43
63	2	.	4	1	3	0	STH cu stimulare	26,56
64	2	.	4	3	2	1	FSH	21,45
65	2	.	4	3	2	2	LH	21,45
66	2	.	4	3	2	3	Estradiol	21,45
67	2	.	4	3	0	0	Cortizol	25,09
68	2	.	4	3	3	2	Progesteron	22,79
69	2	.	4	3	3	1	Prolactină	22,79
- Exudat faringian								
70	2	.	5	0	6	1	Cultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	14,92
71	2	.	7	0	1	1	Cultură fungi	7,77
- Examen spută								
72	2	.	5	0	0	1	Examen microscopic nativ	4,80
73	2	.	5	0	4	1	Examen microscopic colorat - Ziehl Neelsen	13,59
74	2	.	5	0	3	1	Examen microscopic colorat Gram	6,40
75	2	.	5	0	6	2	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	14,92
76	2	.	7	0	1	2	Cultură fungi	7,77
- Analize de urină								
77	2	.	3	4	5	0	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1)	8,41
78	2	.	5	0	4	2	Examen microscopic colorat - Ziehl Neelsen	13,59
79	2	.	5	0	6	3	Urocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	18,09
80	2	.	2	2	0	0	Determinare glucoză urinară*1)	4,43
81	2	.	2	0	3	0	Determinare proteine urinare*1)	5,31
- Examen materii fecale								
82	2	.	7	1	2	0	Examen coproparazitologic (3 probe)*1)	11,22
83	2	.	5	0	6	4	Coprocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	20,45
- Examen din secreții vaginale								
84	2	.	5	0	0	2	Examen microscopic nativ	4,43
85	2	.	7	3	4	0	Examen microscopic colorat	5,60
86	2	.	9	1	6	0	Examen Babeș-Papanicolau*1)	35,43

87	2	.	5	0	6	5	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	18,28
88	2	.	7	0	1	3	Cultură fungi (inclusiv fungigrama pentru culturi pozitive)	16,62
- Examenе din secreții uretrale, otice, nazale, conjunctivale și puroi								
89	2	.	5	0	3	2	Examen microscopic colorat	5,60
90	2	.	5	0	6	6	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	18,24
91	2	.	5	0	7	0	Cultură germeni anaerobi (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	20,89
- Examen lichid puncție								
92	2	.	5	0	3	3	Examen microscopic/frotiu	5,17
93	2	.	5	0	6	7	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	18,97
94	2	.	9	1	7	0	Citodiagnostic lichid puncție	28,94
- Examen sudoare								
95	2	.	2	8	4	0	Ionoforeză pilocarpinică	15,18
- Examinări histopatologice								
96	2	.	9	0	0	0	Piesă prelucrată la parafină	27,60
97	2	.	9	0	2	1	Bloc inclus la parafină cu diagnostic histopatologic	36,31
98	2	.	9	0	2	0	Diagnostic histopatologic pe lamă	16,39
99	2	.	9	0	1	0	Examen histopatologic cu colorații speciale	111,88
100	2	.	9	0	2	2	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină	41,04
101	2	.	9	0	2	3	Citodiagnostic secreție vaginală	29,57
102	2	.	9	0	2	4	Examen citohormonal	27,31
103	2	.	9	0	2	5	Citodiagnostic lichid de puncție	28,94
104	2	.	9	0	3	0	Teste imunohistochimice*)	85,53/set
- Examinări radiologice								
105							Radiografie craniană standard în 2 planuri*1)	11,56
106							Radiografie craniană în proiecție specială*1)	17,60
107							Ex. radiologic părți ale scheletului în 2 planuri*1)	14,89
108							Ex. radiologic torace osos sau părți ale lui în mai multe planuri*1)	18,55
109							Ex. radiologic centură scapulară sau pelvină fără substanță de contrast*1)	15,36
110							Ex. radiologic părți ale coloanei vertebrale, mai	

					puțin coloana cervicală*1)	18,85
111					Ex. radiologic alte articulații fără substanță de contrast sau funcționale cu TV*1)	14,10
112					Ex. radiologic coloana vertebrală completă, mai puțin coloana cervicală*1)	31,53
113					Ex. radiologic coloana cervicală în cel puțin 3 planuri*1)	27,72
114					Ex. radiologic torace ansamblu inclusiv ex. Rx.-scopic (eventual cu bol opac)*1)	24,23
115					Ex. radiologic organe ale gâtului sau ale planșeului bucal*1)	23,28
116					Ex. radiologic torace și organe ale toracelui*1)	23,92
117					Ex. radiologic de vizualizare generală a abdomenului nativ în cel puțin 2 planuri*1)	14,89
118					Ex. radiologic esofag ca serviciu independent, inclusiv radioscopie	19,97
119					Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast nonionică*1)	45,32
120					Ex. radiologic tract digestiv cu întinderea examinării până la regiunea ileo-cecală, inclusiv substanța	69,08
121					Ex. radiologic colon în dublu contrast sau intestin subțire pe sonda duodenală	80,02
122					Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare	43,25
123					Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast nonionică	237,67
124					Examen radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast nonionică	181,73
125					Cistografie de reflux cu substanță de contrast nonionică	229,90
126					Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast nonionică	184,59
127					Pielografie	221,81
128					Ex. radiologic cu substanță de contrast nonionică a uterului și oviductului	291,53
129					Mamografie în 2 planuri*1)	26,63
130					Sialografia, galactografia, sinusuri cu contrast, fistulografia cu substanță de contrast nonionică	186,33
131					Flebografia de extremități	201,06
132					Tomografia plană	50,39

133					Angiografia carotidiană	243,53
134					Angiografia RM trunchiuri supraaortice	174,83
135					Angiografia RM artere renale sau aorta	174,83
136					P.E.G.	15,84
137					CT craniu nativ și cu substanță de contrast nonionică	239,24
138					CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast nonionică	249,56
139					CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast nonionică	270,94
140					CT abdomen nativ și cu substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	273,79
141					CT pelvis nativ și cu substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	256,67
142					CT coloană vertebrală nativ și cu substanță de contrast nonionică/segment	254,31
143					CT membre cu substanță nativ și de contrast nonionică/ segment	255,57
144					Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	30,42
145					Ecografie abdomen*1)	16,79
146					Ecografie pelvis*1)	14,26
147					Radioscopie cardiopulmonară*1)	16,00
148					Radiografie retroalveolară	6,79
149					Radiografie panoramică	24,23
150					CT craniu fără substanță de contrast nonionică	55,77
151					CT regiune gât fără substanță de contrast nonionică	45,64
152					CT regiune toracică fără substanță de contrast nonionică	108,69
153					CT abdomen fără substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	109,50
154					CT pelvis fără substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	56,41
155					CT coloană vertebrală fără substanță de contrast nonionica/ segment	45,47
156					CT membre/segment fără substanță de contrast	39,62
157					Radiografie de membre*1)	14,26
158					EKG*1)	10,99
159					Spirometrie*1)	10,29
160					Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	13,94

161					Oscilometrie*1)	5,24
162					EEG	12,20
163					Electromiografie	16,80
164					Peak-flowmetrie	2,54
165					Endoscopie gastro-duodenală*1)	22,97
166					Ecocardiografie M + 2 D	16,79
167					Ecocardiografie + Doppler	23,61
168					Ecocardiografie + Doppler color	35,02
169					Ecografie de vase (vene)	15,84
170					Ecografie de vase (artere)	19,02
171					Ecocardiografie	16,79
172					Ecografie de organ	15,84
173					Ecografie fetală	21,81
174					Ecografie transfontanerală	21,81
175					Scintigrafia: osoasă, renală, hepatică, tiroidiană, a căilor biliare, cardiacă	285,15
176					RMN cranio-cerebral nativ	290,75
177					RMN regiuni coloana vertebrala (cervicală, toracala etc.) nativ	290,75
178					RMN abdominal nativ	290,75
179					RMN pelvin nativ	290,75
180					RMN extremități nativ/segment (genunchi,cot, gleznă etc.)	290,75
181					RMN extrem.nativ/seg.(genunchi, (cot,gleznăetc.)cu subst.contrast	455,52
182					RMN umăr nativ	290,75
183					RMN umăr nativ și cu subst. de contrast	455,52
184					RMN sâni nativ	290,75
185					RMN sâni nativ și cu subst. de contrast	455,52
186					RMN cranio-cerebral nativ și cu contrast	455,52
187					RMN regiuni coloana vertebrala (cervicală, toracala etc.)nativ si cu substanță de contrast	455,52
188					RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast	455,52
189					RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast	455,52
190					Osteodensitometrie DEXA	23,30
191					Ergometrie	23,30
192					Electrocardiografie continuă (24 de ore, Holter)	45,25
193					Holter TA	20,38
194					Ecocardiografie transesofagiană	58,10

NOTA 1:

- *1) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie.
- *2) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate și de medicii de familie pentru contactii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.
- *3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator.
- *4) Se decontează numai în cazul în care VDRL sau RPR este pozitiv, fără recomandarea medicului de familie sau specialist, pe răspunderea medicului de laborator.
- *) Un set cuprinde 4 - 10 teste, la recomandarea medicului oncolog.
- ***) La fiecare determinare a creatininei serice se raportează la casele de asigurări de sănătate filtratul glomerular folosindu-se formula Cockroft-Gault:

$$FG \text{ (ml/min)} = \frac{[140 - \text{vârsta (ani)}] \times G \text{ (kg)}}{72 \times sCr \text{ (mg/dL)}}$$

unde:

FG = filtrat glomerular;

G = greutate corporală;

sCr = concentrația creatininei serice.

Dacă subiectul este femeie, formula de mai sus se înmulțește cu 0,85.

Medicii care recomandă creatinină serică vor înscrie greutatea corporală pe biletul de trimitere.

NOTA 2:

Filmele radiologice și substanțele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA 3:

Investigațiile cu substanță de contrast se efectuează în situația în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare cu justificarea acestora în recomandarea făcută de către medicul de specialitate din ambulatoriu care are bolnavul în observație. Investigațiile cu substanță de contrast pentru cazurile care necesită internarea se recomandă în condițiile de mai sus, solicitându-se și avizul medicului șef al secției în care urmează să fie internat bolnavul.

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

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

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

NOTA 4:

Pentru medicii cu specialități medicale clinice, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice:

a) Serviciile prevăzute la pozițiile: 166 – 170 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: cardiologie, medicină internă, neurologie, geriatrie și gerontologie cu competente/atestate de studii complementare de ecocardiografie

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

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

d) Serviciile prevăzute la poziția 173 se decontează numai pentru medicii din specialitatea genetică medicală cu competente/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

e) Serviciile prevăzute la poziția 174 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie.

NOTA 5:

Pentru serviciile prevăzute la pozițiile: 106, 107, 110, 111, 129, 142, 148, 155, 156, 157, 177, 180, 181, 187 tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic; în cazul explorării mai multor segmente, se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;

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.

CAP. III

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE MEDICINĂ DENTARĂ PREVENTIVE ȘI A TRATAMENTELOR DE MEDICINĂ DENTARĂ ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINĂ DENTARĂ

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

COD	ACTE TERAPEUTICE	Tarife - lei-	Suma decontată de CAS		
			Copii între 0 - 18 ani	peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale
1.	Consultație				
1.1	Consultație primară, stabilirea diagnosticului și elaborarea planului de tratament*	11,18	100%		100%
1.2	Consultație secundară, diagnostic și plan de tratament complex	14,00	100%		100%
1.3	Model de studiu	11,18	100%		100%
2.	Terapia cariei simple				
2.1	Tratamentul cariilor pe 1 suprafață prin obturație cu amalgam**	14,00	100%		100%
2.2	Tratamentul cariilor pe 2 suprafețe prin obturații cu amalgam**	16,82	100%		100%
2.3	Tratamentul cariilor pe 3 suprafețe prin obturații cu amalgam**	19,65	100%		100%
2.4	Tratamentul cariilor pe 1 suprafață prin obturație cu material compozit**	20,48	100%		100%
2.5	Tratamentul cariilor pe 2 suprafețe prin obturații cu material compozit**	22,47	100%		100%
2.6	Tratamentul cariilor pe 3 suprafețe prin obturații cu material compozit**	23,30	100%		100%
2.7	Aplicarea sistemelor de retenție extemporanee	5,64	100%		100%
2.8	Aplicarea sistemelor de retenție prefabricate (per stift)	11,18	100%		100%
2.9	Tratamentul hiperesteziei dentinare/dinte	4,60	100%		100%
	* Se efectuează o singură consultație pe an pentru un asigurat				

	** Garanția pentru obturație este de 2 ani.				
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare				
3.1	Pansament calmant	5,64	100%	100%	100%
3.2	Coafaj indirect	8,36	100%		100%
3.3	Coafaj direct	19,65	100%		100%
3.4	Pulpectomie vitală cu obturație canal la monoradiculari (include anestezia)	25,18	100%		100%
3.5	Pulpectomie vitală cu obturație canal la pluriradiculari (include anestezia)	28,01	100%		100%
3.6	Amputație vitală	19,65	100%		100%
3.7	Pulpectomie devitală cu obturație canal la pluriradiculari	25,18	100%		100%
3.8	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturație canal la monoradiculari	28,01	100%		100%
3.9	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturație canal la pluriradiculari	33,65	100%		100%
3.10	Dezobturarea canalelor radiculare - per canal	9,20	100%		100%
3.11	Îndepărtarea corpurilor străini din canale	14,00	100%		100%
4.	Tratamentul paradontitelor apicale				
4.1	Tratamentul paradontitei apicale acute prin drenaj endodontic	9,20	100%	100%	100%
4.2	Tratamentul paradontitei apicale acute prin drenaj endodontic + incizie mucoperiostală + osteotomie transmaxilară	20,48	100%	100%	100%
4.3	Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturație canal la monoradiculari	28,01	100%		100%
4.4	Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturație canal la pluriradiculari	35,43	100%		100%
4.5	Obturație la dinții devitali cu amalgam	28,01	100%		100%
4.6	Obturație la dinții devitali cu compozite	28,01	100%		100%
5.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului marginal				
5.1	Tratamentul abcesului parodontal	8,36	100%	100%	100%
5.2	Echilibrarea ocluzală prin șlefuire selectivă/ședință	11,18	100%		

5.3	Conținție provizorie prin ligaturi de sârmă	8,36	100%		100%
5.4	Chiuretaj în câmp închis/dinte	14,00	100%		100%
5.5	Tratamentul aftei bucale/ședință	5,64	100%		100%
5.6	Tratamentul gingivo-stomatitelor/ședință	8,36	100%		100%
5.7	Detartraj manual supra și subgingival pe dinte	5,64	100%		100%
5.8	Detartraj mecanic supra și subgingival pe dinte	7,42	100%		100%
6.	Tratamente chirurgicale buco-dentare				
6.1	Anestezie locală de contact	2,82	100%		100%
6.2	Anestezie cu infiltrație	8,36	100%		100%
6.3	Extracție de dinți sau resturi de dinți monoradiculari (include anestezia)	20,48	100%	60%	100%
6.4	Extracție de dinți sau resturi de dinți pluriradiculari (include anestezia)	23,31	100%	60%	100%
6.5	Extracție alveoloplastică (include anestezia)	30,83	100%	60%	100%
6.6	Extracție cu alveolotomie (include anestezia)	34,49	100%	60%	100%
6.7	Extracție dinți temporari (include anestezia)	14,00	100%		100%
6.8	Extracție la hemofilici, diabetici sau handicapați (include anestezia)	36,47	100%	60%	100%
6.9	Chiuretaj alveolar*	4,60	100%		100%
6.10	Extracție dinți paradontotici (include anestezia)	16,82		60%	100%
6.11	Tratamentul hemoragiei/alveolitei postextracționale	9,20	100%	100%	100%
6.12	Tratamentul pericoronaritelor cu decapuşonare	14,00	100%	100%	100%
6.13	Tratamentul de urgență al plăgilor buco-maxilo-faciale	25,18	100%	100%	100%
6.14	Imobilizarea de urgență a luxațiilor dentare	25,18	100%	100%	100%
6.15	Imobilizarea de urgență a fracturilor maxilare	39,08	100%	100%	100%
6.16	Reducerea luxațiilor temporo-mandibulare	14,00	100%	100%	100%
6.17	Control postoperator	7,42	100%	100%	100%
	* Nu se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras				

	dintele respectiv				
7.	Tratamente protetice				
7.1	Proteză acrilică parțială cu 1 - 7 dinți*	451,20		40%	100%
7.2	Proteză acrilică parțială cu peste 7 dinți*	526,50		40%	100%
7.3	Proteză acrilică totală*	601,65		40%	100%
7.4	Reparație simplă proteză acrilică	22,47		100%	100%
7.5	Reparație + 1 croset (pentru fiecare croset suplimentar se adaugă 30.000 lei)	22,47		100%	100%
7.6	Reparație + 1 dinte (pentru fiecare dinte suplimentar se adaugă 40.000 lei)	22,47		100%	100%
7.7	Individualizarea protezelor acrilice/ședință	5,64		100%	100%
7.8	Reconstituire corono-radiculară	42,90	100%	40%	100%
7.9	Coroană acrilică	48,30	100%	40%	100%
7.10	Coroană metalică	60,30	100%	40%	100%
7.11	Element intermediar	42,01	100%		100%
	* Termenul de înlocuire a unei proteze monomaxilare este de 5 ani.				
8.	Tratamente ortodontice				
8.1	Decon condiționarea obiceiurilor vicioase (sugere a degetului, deglutiție infantilă, respirație orală) prin plăcuță, vestibolo-orală și scut lingual	167,72	100%		100%
8.2*	Decon condiționarea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul antrenajului invers prin inel/gutiere + bărbiță și capelină	250,90	100%		100%
8.3	Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ședință	9,20	100%		100%
8.4*	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale	279,64	100%		100%
8.5	Șlefuirea în scop ortodontic/dinte	8,36	100%		100%
8.6*	Reparație aparat ortodontic	22,47	100%		100%
8.7	Menținătoare de spațiu mobile	223,73	100%		100%
8.8*	Activare aparat ortodontic/ședință	3,76	100%		100%
	Pentru pct. 8 "Tratamente ortodontice", actele terapeutice notate (*) țin numai de competența				

	medicilor de specialitate în ortodonție.				
9.	Activități profilactice				
9.1	Consultație în cadrul dispensarizării (include și:	13,06	100%*	40%	100%
	- educație pentru sănătate bucodentară				
	- determinarea indicelui de placă bacteriană				
	- determinarea indicilor de inflamație parodontală				
	- educația pentru individualizarea tehnicilor de îndepărtare a plăcii bacteriene/ședință)				
9.2	Periaj dentar profesional/ședință	14,00	100%		100%
9.3	Clătiri bucale cu soluții fluorurate/ședință	10,87	100%		100%
9.4	Fluorizări locale cu soluții/arcadă*	9,20	100%		100%
9.5	Fluorizări locale cu lacuri/arcadă**	13,06	100%		100%
9.6	Fluorizări locale cu geluri în conformatoare/arcadă**	25,08	100%		100%
9.7	Sigilări ale șanțurilor și fosetelor cu glassionomeri/dinte***	14,00	100%		100%
9.8	Sigilări ale șanțurilor și fosetelor cu materiale compozite/dinte	22,47	100%		100%
9.9	Educație pentru deconținerea obiceiurilor vicioase/ședință	8,36	100%		100%
9.10	Exerciții de reeducare funcțională/ședință	9,20	100%		100%
9.11	Exerciții de miogimnastică/ședință	9,20	100%		100%
9.12	Tratament antiinflamator gingival fizioterapic	8,36	100%		100%
9.13	Control oncologic preventiv confirmat	28,01	100%	100%	100%

Pentru pct. 9 "Activități profilactice":

* o procedură decontată la 3 luni

** o procedură decontată la 6 luni

*** o procedură decontată la 2 ani

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

NOTA 1:

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

NOTA 2:

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

3.1, 4.1, 4.2

5.1, 5.6

6.11, 6.12, 6.13, 6.14, 6.15, 6.16

7.4, 7.5, 7.6, 8.6

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

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

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

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

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

CAP. IV

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA RECUPERARE – REABILITATE A SĂNĂTĂȚII

1. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ

Lista cuprinzând serviciile medicale de recuperare în ambulatoriu și tarifele acestora

Nr. crt.	Serviciu medical	Tarif - lei -
	Consultația va cuprinde și bilanț articular, bilanț muscular, întocmirea planului de recuperare:	
1.	Consultația inițială	14,42
2.	Consultație de control	9,56
3.	Oscilometrie	6,37
4.	Infiltrație în structuri ale țesutului moale	6,37
5.	Puncție și infiltrație intraarticulară	9,61
6.	Kinetoterapie de grup pe afecțiuni	2,61
7.	Galvanizare	3,34
8.	Ionizare	3,34
9.	Curenți diadinamici	2,93
10.	Trabert	2,93
11.	TENS	2,72
12.	Curenți interferențiali	3,66
13.	Unde scurte	3,55
14.	Microunde	3,66
15.	Diapuls	5,43
16.	Ultrasunet	3,34
17.	Sonodynator	3,66
18.	Magnetoterapie	3,34
19.	Laser-terapie	2,72
20.	Solux	2,61
21.	Ultraviolete	2,61
	Stimulări electrice:	
22.	Curenți cu impulsuri rectangulare	3,45
23.	Curenți cu impulsuri exponențiale	3,55
24.	Contractia izometrică electrică	4,28
25.	Stimulare electrică funcțională	5,02
26.	Băi Stanger	5,30
27.	Băi galvanice	4,39
28.	Duș subacval	4,91

29.	Aplicații cu parafină	2,72
30.	Băi sau pensulații cu parafină	3,34
31.	Masaj regional	3,34
32.	Masaj segmentar	3,34
33.	Masaj reflex	2,72
34.	Limf masaj	8,67
35.	Aerosoli individuali	4,49
36.	Pulverizație cameră	2,19
37.	Hidrokinetoterapie individuală generală	7,11
38.	Hidrokinetoterapie parțială	4,08
39.	Kinetoterapie individuală	6,48
40.	Tracțiuni vertebrale și articulare	4,08
41.	Manipulări vertebrale	5,85
42.	Manipulări articulației periferice	3,34
43.	Kinetoterapie cu aparatură specială covor rulant, bicicletă ergometrică, elcometre, bac vaslit	2,93

NOTĂ:

Serviciile medicale se acordă pentru perioade 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).

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

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

ART. 1

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

ART. 2

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice contravaloarea serviciilor medicale prezentate în anexa nr. 7 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 Publice, altele decât medici, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcții al Ministerului Sănătății Publice, care prestează activități conexe actului medical sau sunt în relație contractuală cu cabinetele de liberă practică pentru servicii conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat serviciile respective, servicii efectuate de aceștia și cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, dacă sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice.

ART. 3

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

a) pentru specialități clinice, unui program de lucru de 7 ore/zi, îi corespunde un număr de 28 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 15 minute); pentru specialitatea psihiatrie inclusiv pediatrie, neropsihiatrie infantilă unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 30 minute)

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

c) pentru specialități clinice, 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; pentru specialitatea psihiatrie inclusiv pediatrie, neropsihiatrie infantilă 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 10 consultații.

d) pentru medicii care lucrează exclusiv în fitoterapie și homeopatie, unui program de lucru de 7 ore/zi, îi corespunde un număr de 28 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 15 minute); în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi/medic care lucrează exclusiv în acupunctură, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate proceduri 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 mare de 35 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultații, servicii medicale și tratamente menționat mai sus crește corespunzător.

Pentru situațiile prevăzute la art. 46 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, în care programul de lucru nu poate depăși 17,5 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultații, servicii medicale și tratamente menționat mai sus, scade corespunzător.

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

(2) Serviciile conexe actului medical, prestate de persoanele sau de cabinetele de liberă practică organizate conform legii, prevăzute la art. 2 alin. (2), pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală, 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 doveditoare care să conțină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii conexe actului medical, avizul de liberă practică, programul de activitate, tipul de servicii conform anexei nr. 7 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. 7 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 publice 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 către autoritățile de sănătate publică și se aprobă de casele de asigurări de sănătate ca urmare a punerii în aplicare a prevederilor ordinului ministerului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate mai sus menționat.

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 și planificare familială precum și furnizorilor de servicii conexe actului medical. Recalcularea numărului total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovezile 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 0,64 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 pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte și de numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară pentru trimestrul respectiv. Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pe serviciu.

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

ART. 5

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

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

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

Art. 6

(1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale paraclinice, de un furnizor de servicii medicale clinice (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice) și de un furnizor de servicii de medicina dentara (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicina dentara) cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere:

- a) numărul de investigații paraclinice estimat a se realiza conform prevederilor din anexa 10;
- b) tarifele negociate;

Numărul de investigații paraclinice negociat între furnizorii de investigații medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografii) și de servicii de medicina dentara (numai pentru radiografia dentara retroalveolara și panoramică) 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, autoritățile de sănătate publică și de colegiile teritoriale ale medicilor, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinație. La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de analize medicale de laborator, respectiv cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere criteriile prevăzute în anexa nr. 10, respectiv în anexa nr. 11 la ordin.

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

Pentru serviciile medicale paraclinice programabile, furnizorii întocmesc liste de prioritate.

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

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

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării actului adițional și se repartizează conform criteriilor care au stat la baza stabilirii valorii inițiale de contract.

Prevederile de mai sus se aplica distinct pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice – analize medicale de laborator și cei de investigații medicale paraclinice de radiologie și imagistica medicală.

(4) Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor efectua direct toate tipurile de investigații paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate și nu vor încheia subcontracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea unor anumite tipuri de investigații paraclinice, cu excepția furnizorilor de servicii conexe actului medical organizați conform Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 83/2000 aprobată și modificată prin Legea 598/2001.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2007 cu destinația servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea actului adițional la contractul inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

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

ART. 7

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relații contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate în anexa nr. 7 la ordin. Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate sunt cele negociate pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice și nu pot fi mai mari decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale clinice ecografiile cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, în condițiile prevăzute la lit. b) din Nota de la cap. I, pct. 1, lit. B din anexa nr. 7, la tarife negociate care nu pot fi mai mari decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate prevăzute în aceeași anexă.

Pentru ecografiile pentru care medicii cu specialități medicale clinice încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice și care sunt efectuate ca urmare a trimiterii de către alți medici de specialitate, programul de lucru se prelungește corespunzător.

ART. 8

(1) Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în trei exemplare. 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.

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

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice.

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

ART. 9

Serviciile de înaltă performanță (RMN, CT și scintigrafie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și a fișelor de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin care se întocmesc în 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 de medicină dentară preventive și a tratamentelor de medicină dentară, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicină dentară, serviciile medicale de medicină dentară pentru care se încasează contribuție personală din partea asiguratului și condițiile acordării acestora sunt prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

ART. 11

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

- a) 90% din suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii de medicină dentară;
- b) numărul de medici de medicină dentară care intră în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate;
- c) gradul profesional. Pentru medicul primar, suma stabilită ca raport între lit. a) și lit. b) se majorează cu 20% iar pentru medicul care nu a obținut un grad profesional, această sumă se diminuează cu 20%;
- d) suma stabilită conform lit. c) se ajustează în funcție de programul de activitate, având în vedere volumul serviciilor de medicină dentară contractate;

Suma contractată se defalchează pe trimestre și luni.

(2) Suma orientativă medie/medic specialist /lună la nivel național este de 1.200 lei, corespunzătoare unui program de 7 ore în medie/zi.

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

În situații justificate furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, pot efectua servicii medicale peste valoare lunară de contract în limita a maxim 5% cu condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru anul respectiv.

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

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional, la furnizori de servicii medicale de medicină dentară care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract.

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

(5) Pentru încadrarea în suma defalcată lunar cabinetele de medicină dentară pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină dentară.

(6) Pentru situațiile de urgență ce pot apare în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate analizează aceste situații și cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la solicitarea acestora, vor încheia cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară un act adițional de suplimentare a valorii contractate, utilizând diferența de 10% din suma prevăzută pentru serviciile medicale de medicină dentară ce nu a fost contractată, cu încadrarea în limita fondului aprobat cu această destinație.

Sumele din actele adiționale se utilizează pentru acordarea serviciilor medicale de medicină dentară de la data la care s-au semnat actele adiționale.

ART. 12

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

ART. 13

Radiografia retroalveolară și panoramică se decontează direct furnizorului de servicii medicale de medicină dentară sau furnizorului de servicii medicale paraclinice – radiologie și imagistică medicală, pe baza tarifelor prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

ART. 14

Casele de asigurări de sănătate țin evidența serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat.

ART. 15

(1) Unitățile ambulatorii de recuperare - reabilitare din structura unor unități sanitare sau unitățile ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale aprobată cu modificări și completări prin Legea 629/2001, republicată, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească încheie contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe serviciu pentru serviciile medicale de recuperare - reabilitare din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 7 la ordin. În vederea contractării numărului de servicii medicale de recuperare - reabilitare acordate 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 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) Serviciile medicale de recuperare - reabilitare care se acordă în bazele de tratament se contractează și raportează în vederea decontării numai pentru primele 10 zile de tratament (maximum 4 proceduri/zi), dar nu mai mult de 2 cure pe an, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

(3) Tarifele prevăzute în anexa nr. 7 la ordin au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale de recuperare - reabilitare; în situația în care baza de tratament nu se află în structura rețelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătății Publice sau aparține unor ministere cu rețele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare la nivelul tarifelor din anexa nr. 7, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unităților, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele și materialele sanitare.

(4) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2007 cu destinația de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, acordate asiguraților de la data semnării acestora.

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

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

(7) Recomandările pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimatice se face de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilit de medicul de recuperare – reabilitare.

(8) Recomandările pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimatice se întocmesc în două exemplare, astfel încât un exemplar să fie prezentat de către asigurat furnizorului de servicii de

recuperare – reabilitare.

(9) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate se face în funcție de numărul de servicii medicale de recuperare - reabilitare realizat atât în cabinetele medicale, cât și în bazele de tratament, înmulțit cu tarifele din anexa nr. 7 la ordin, după caz, diminuate conform alin. (3), în limita sumelor contractate.

ART. 16

Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitatea de recuperare - reabilitare a sănătății care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin, precum și a serviciilor medicale de recuperare - reabilitare 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. 17

Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice, de medicină dentară, de recuperare-reabilitare a sănătății și paraclinice facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune la casa de asigurări de sănătate în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare, activitatea 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. 18

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

ART. 19

(1) În cabinetele medicale/laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 aprobată cu modificări și completări prin Legea 629/2001, republicată, pot fi angajați numai medici și/sau dentiști, precum și alte categorii de personal în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare, cu excepția persoanelor care își desfășoară activitatea în cabinete organizate conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr. 598/2001. Medicii sau dentiștii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitățile clinice, de recuperare-reabilitare a sănătății și de medicină dentară pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, 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, recuperare-reabilitare a sănătății, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare, pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum și servicii conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

ART. 20

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

aceste unități și casa de asigurări de sănătate.

ART. 21

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

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
2. Angină pectorală instabilă
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 cu factor reumatoid pozitiv, 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 majoră
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
29. Tumori cu potențial malign până la elucidarea diagnosticului
30. Diabet zaharat sub tratament cu insulină și/sau antidiabetice orale
31. Cirozele hepatice decompensate și compensate
32. Boala Wilson
33. Malaria
34. Tuberculoza
35. Mucoviscidoza
36. Boala Addison
37. Diabet insipid
38. Psihoze
39. Miastenia gravis
40. Boala Parkinson
41. Hemofilie
42. Bolnavi cu revascularizație percutanată, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu by-pass coronarian

43. Status posttransplant de organe
44. Afecțiuni postoperatorii și ortopedice până la vindecare
45. Gravide cu risc obstetrical crescut
46. Prematuritatea (în primul an de viață)
47. Malnutriție proteinergetică (în primii 3 ani de viață)
48. Anemiile carentiale (până la normalizarea hematologică și biochimică)
49. Rahitismul evolutiv, forma moderată și gravă (până la vindecarea radiologică și biochimică)
50. Astm bronșic în criză
51. Hepatite virale (cronice)
52. Glaucom
53. Alte situații la recomandarea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății Publice și 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. dacă face dovada (printr-o scrisoare medicală) că a fost luat în evidență de către medicul de familie și în intervalul de timp până la următoarea consultație la medicul specialist, bolnavul nu necesită să fie monitorizat de către medicul de familie;
2. pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcție de parametrii de monitorizare.
3. medicul de specialitate trebuie să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit schimbări în evoluția bolii și în atitudinea terapeutică.

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale și repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator - număr stabilit pe total județ de casele de asigurări de sănătate, autoritățile de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București, și de colegiile teritoriale ale medicilor, pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

Cap. I. Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale:

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

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

2. Să facă dovada posibilității de a efectua investigațiile paraclinice - analize medicale de laborator din lista minimă de analize medicale cuprinse în grupa/grupele de analize medicale prevăzute la lit. b).

a) Lista minimă de analize medicale cuprinde:

Hemoleucogramă completă
Examen citologic al frotiului sanguin
VSH
Timp Quick, activitate de protrombină
APTT
Determinare grup sanguin ABO
Determinare grup sanguin Rh
Uree serică
Acid uric seric
Creatinină serică
Calciu ionic seric
Calciu seric total
Magneziemie
Sideremie
Glicemie
Colesterol seric total
Trigliceride serice
Proteine totale serice
TGO
TGP
Fibrinogenemie
LDH
Bilirubină totală, directă
VDRL sau RPR
ASLO
Factor reumatoid
Proteina C reactivă
Complement seric
Exudat faringian cu antibiogramă
Examen complet de urină (sumar + sediment)

Urocultură cu antibiogramă
Determinare glucoză urinară
Determinare proteine urinare

b) Analizele medicale de laborator cuprinse în Anexa nr. 7 la ordin se defalcă pe următoarele grupe de analize:

I). Hematologie, serologie, biochimie, imunologie (sunt cuprinse analizele medicale din anexa nr. 7 la <<Hematologie>>, <<Biochimie>> și <<Imunologie>>, precum și cele de la pozițiile nr. 77, 80, 81)

II) Microbiologie (celelalte poziții decât cele nominalizate la grupa I)

Notă: pentru laboratoarele de anatomopatologie nu se aplică acest criteriu;

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

La stabilirea numărului de analize medicale de laborator și a sumelor ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare;
2. criteriul financiar;
3. criteriul de adresabilitate;
- 4 . criteriul privind implementarea sistemului de management al calității;

1. Criteriul de evaluare

Ponderea acestui criteriu este de 40% .

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

A. Evaluarea capacității tehnice

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut în punctul de lucru, după cum urmează:

1. Hematologie:

1.1. Morfologie*):

a) analizor până la 18 parametri inclusiv – cu o vechime de până la 5 ani - 9 puncte:

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

b) analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 59 teste/oră - cu o vechime de până la 5 ani - 21 puncte:

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

c) analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puțin 60 teste/oră - cu o vechime de până la 5 ani - 24 puncte:

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

*) De menționat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie și minimum 5 ani de activitate practică în domeniu.

1.2. Hemostază: analizor coagulare cu un canal de citire - cu o vechime de până la 5 ani - 17 puncte:

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

- pentru fiecare canal de citire în plus al aparatului se acordă câte un punct.

- 1.3. Imunohematologie: 1 punct.
2. Microbiologie:
 - 2.1. Bacteriologie:
 - identificarea germenilor - 10 puncte;
 - efectuarea antibiogramei - 8 puncte.
 - 2.2. Micologie:
 - decelarea prezenței miceliilor - 1 punct;
 - identificarea miceliilor - 8 puncte;
 - efectuarea antifungigramei - 8 puncte.
 - 2.3. Parazitologie:
 - examen parazitologic pe frotiu - 1 punct;
 - testare serologică - 4 puncte.
3. Biochimie: analizor cu până la 80 probe/oră - cu o vechime de până la 5 ani - 20 puncte:
 - se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;
 - pentru aparatura cu capacitate mai mare de 80 probe/oră se acordă la fiecare 10 probe/ora cate 3 puncte, proporțional cu numărul de probe suplimentare .
4. Imunologie:
 - a) sistem semiautomatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani - 17 puncte:
 - se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;
 - b) sistem automatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani - cu o capacitate de până la 50 probe/oră - 21 puncte:
 - se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;
 - pentru aparatura cu capacitate mai mare de 50 probe/oră se acordă la fiecare 10 probe/oră câte 3 puncte;
 - c) sisteme speciale - cu o vechime de până la 5 ani - cu o capacitate de până la 50 probe/oră - 24 puncte:
 - se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;
 - pentru aparatura cu capacitate mai mare de 50 probe/oră se acordă 10 probe/ora cate 3 puncte, proportional cu numarul de probe suplimentare.
5. Citologie Papanicolau (este obligatoriu să fie efectuată de medici sau de biologi cu specializare în domeniu) - 5 puncte.
6. Histopatologie - 25 puncte.

B. Evaluarea resurselor umane

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat în fiecare laborator.

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

1. medic primar de specialitate - 6 puncte;
2. medic specialist - 4 puncte;
3. chimiști, biologi principali - 3 puncte;
4. chimiști, biologi specialiști - 2 puncte
5. chimiști, biologi - 1 punct
6. asistenți medicali de laborator - 1 punct.

C. Logistică:

1. puncte externe de recoltare proprii - se punctează fiecare punct de recoltare și sistem de transport al probelor autorizate de autoritățile de sănătate - 10 puncte.

Pentru furnizorii de servicii de laborator care au mai multe puncte de recoltare la contractare, situate în aceeași localitate, punctajul pentru punctele externe de recoltare proprii sau pentru care au încheiat contract cu un cabinet medical din acea localitate, se acordă o singură dată pentru punctul

de recoltare pentru care optează furnizorul de servicii de laborator;

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

- fax - 1 punct;
- e-mail - 2 puncte;
- direct medicului - 3 puncte;
- sistem de consultare electronică securizată a rezultatelor pe Internet - 4 puncte;

3. software dedicat activității de laborator - care să conțină înregistrarea biletelor de trimitere, eliberarea și arhivarea datelor de laborator și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă facilitățile programului, se verifică la sediul furnizorului):

- operațional, cu aparate conectate pentru transmitere de date - 20 puncte;
- operațional, fără aparate conectate pentru transmitere de date - 5 puncte;

4. posibilitatea de transmitere on line a raportărilor către casele de asigurări de sănătate - 2 puncte;

5. web site - care să conțină minimum următoarele informații: adresa, orarul de funcționare, serviciile oferite în contractul cu casa de asigurări de sănătate, certificări/acreditări și chestionar de satisfacție a pacienților - 2 puncte

Pentru furnizorii de servicii de laborator care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul pentru web site se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

D. Panel analize oferite:

- se acordă un punct pentru fiecare tip de analiză de hematologie contractată;
- se acordă două puncte pentru fiecare tip de analiză de microbiologie contractată;
- se acordă un punct pentru fiecare tip de analiză de biochimie contractată;
- se acordă 3 puncte pentru fiecare tip de analiză de imunologie contractată;
- se acordă 3 puncte pentru analiza de citologie Papanicolau contractată;
- se acordă 5 puncte pentru fiecare tip de analiză de histopatologie contractată.

2. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

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 nu trebuie să depășească tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 reprezintă tariful minim pentru fiecare tip de analiză medicală. Pentru celelalte tarife peste cel minim se acordă un punctaj proporțional în funcție de primul clasat.

Furnizorii de analize medicale de laborator care prezintă tarife ce depășesc tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate cuprinse în anexa nr. 7 la ordin sunt respinși de la contractare pentru tipul/tipurile de analize medicale de laborator respective.

3. Criteriul de adresabilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10% .

Suma reprezentând 10% din fondul cu destinația de analize medicale de laborator se repartizează pe zone/localități în funcție de numărul de asigurați (CNP) care domiciliază în zonele/localitățile respective și care au beneficiat în anul precedent de investigații medicale paraclinice – analize medicale de laborator.

Dacă un asigurat s-a adresat de mai multe ori furnizorilor de investigații medicale paraclinice-

analize medicale de laborator în anul precedent, numărul de asigurați luați în calcul la repartizarea sumei se majorează corespunzător.

Punctajul obținut de fiecare furnizor pe zone/localități se stabilește după cum urmează: se acordă câte un punct pentru fiecare asigurat care a beneficiat de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator din partea furnizorului respectiv în anul 2006 ca urmare a contractului cu casa de asigurări de sănătate. Dacă un asigurat s-a adresat de mai multe ori aceluiași furnizor în anul 2006, se acordă câte un punct pentru fiecare adresare.

Furnizorul depune la casa de asigurări de sănătate o declarație pe propria răspundere din care să reiasă numărul de asigurați care s-au adresat acestuia ca urmare a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Veridicitatea datelor cuprinse în declarație se constată prin confruntarea cu evidența casei de asigurări de sănătate pentru asigurații care au beneficiat de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator.

Pentru furnizorii care au participat la contractare cu mai multe puncte de lucru, punctajele se acordă pentru fiecare punct de lucru în parte.

4. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 40%.

a) 40 % din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul „implementarea sistemului de management al calității, în conformitate cu SR EN ISO/CEI 17025:2001 sau SR EN ISO/CEI 15189” și care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoțit de anexa care cuprinde lista de analize medicale de laborator certificate, în termen de valabilitate.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel: - se acordă câte un punct pentru fiecare tip de analiză medicală cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare și oferită spre contractare, numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut certificarea.

b) 60% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul „participare la schemele de intercomparare laboratoare”, scheme de intercomparare laboratoare notificate de Ministerul Sănătății Publice.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

- se acordă câte un punct pentru fiecare tip de analiză medicală pentru care se face dovada de participare la schemele de intercomparare laboratoare, cu condiția ca aceasta să se efectueze de cel puțin patru ori pe an.

Pentru furnizorii care îndeplinesc atât subcriteriul prevăzut la lit. a) cât și subcriteriul prevăzut la lit. b) se acordă cumulativ punctaj pentru ambele subcriterii.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinația de analize medicale de laborator se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

- a) 40% pentru criteriul de evaluare;
- b) 10% pentru criteriul financiar;
- c) 10% pentru criteriul de adresabilitate;
- d) 40% pentru criteriul privind implementarea sistemului de management al calității, din care 40% pentru subcriteriul prevăzut la pct. 4 lit. a) și 60% pentru subcriteriul prevăzut la pct. 4 lit. b);

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor, cu excepția numărului total de puncte obținut de furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu..

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul de puncte corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, număr stabilit conform lit. B.

Pentru criteriul de adresabilitate valoarea unui punct se stabilește pe zone/localități prin împărțirea sumei calculate pentru zona / localitatea respectivă și numărul total de puncte obținut de furnizorii

din zona / localitatea respectivă.

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, inclusiv cu numărul de puncte obținut de furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

Pentru criteriul de adresabilitate valoarea unui punct stabilită pe zone/localități se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor, inclusiv cu numărul de puncte obținut de furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, rezultând suma aferentă acestui criteriu pentru fiecare furnizor

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D. Sumele stabilite conform lit. D, pentru furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, se contractează și se decontează din fondul alocat asistenței medicale spitalicești.

F. În situația în care nici unul dintre furnizori nu îndeplinește criteriul privind implementarea sistemului de management al calității, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. d) de la lit. A se repartizează proporțional la celelalte criterii prevăzute la lit. a), b) și c) de la lit. A.

NOTĂ:

Pentru furnizorii nou-intrați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate se acordă un număr de puncte pentru criteriul de adresabilitate egal cu numărul de puncte obținut pentru același criteriu de furnizorul care are același număr de puncte rezultat în urma aplicării criteriului de evaluare sau cât mai apropiat de acesta.

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice – radiologie și imagistică medicală și repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală, număr stabilit pe total județ de către casele de asigurări de sănătate, autoritățile de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București, și de colegiile teritoriale ale medicilor, pe furnizori de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală

Cap. I. Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală:

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

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada efectuării investigațiilor de radiologie și/sau imagistică medicală din Lista minimă de investigații paraclinice – radiologie și imagistică medicală care cuprinde:
 - a. Laborator de radiologie și imagistică medicală - investigații conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale.
 - b. Ecografia generală, ca prestație independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice cu competență - certificat de studii complementare emis de organismele abilitate ale Ministerului Sănătății Publice.
 - c. Ecografia de organe ca prestație independentă efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice în diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie
 - d. Ecografia de vase - artere, vene, ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: cardiologie, medicină internă, neurologie, geriatrie și gerontologie
 - e. Ecocardiografia efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de cardiologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie și pediatrie
 - f. Ecografia fetală efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de genetică medicală
 - g. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de pediatrie
 - h. Radiografia dentară ca prestație independentă în cadrul cabinetelor de stomatologie.

Cap. II. Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice – radiologie și imagistică medicală, stabilit pe total județ

La stabilirea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare;
2. criteriul financiar;
3. criteriul privind implementarea sistemului de management al calității;

1. Criteriul de evaluare

Ponderea acestui criteriu este de 50%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității tehnice

Se acordă punctaj pentru fiecare dispozitiv medical deținut în punctul de lucru, după cum urmează:

a) radiologie (scopie-grafie) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

b) post independent de radiografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- achiziție

- digitalizat (plăci fosforice) 1 punct; sau

- direct digital 2 puncte;

- tomografie plană 1 punct;

- 2 Bucky 1 punct;

c) radiografie dentară - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

d) aparate de radiologie mobile - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

e) mamografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului. După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- tipul de achiziție:

- parțial digital 1 punct; sau

- digital 2 puncte;

- dimensiunea câmpului de expunere: 24/30 1 punct;

- existența de casete dedicate 1 punct;

- facilitate de stereotaxie 1 punct;

f) ecografia - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului. După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- mod de lucru:

- mod Doppler (color, continuu, pulsant) 1 punct; sau

- mod triplex 0,5 puncte; sau

- THI (tissue harmonic imaging) 1 punct; sau

- 3 D / 4 D 2 puncte;

- caracteristici tehnice sistem:

- monitor color - 15" 1 punct; sau

- peste 15" 2 puncte;

- aplicații software incluse (abdomen, părți moi, obstetrică-ginecologie) 1 punct;

- stocare imagini DICOM (CD, hard disk) 2 puncte;

- printer alb-negru /color 1 punct;

g) computertomografie - se acordă 30 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului. După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- tipul de mișcare a tubului:

- rotație continuă 2 puncte;

- numărul de secțiuni concomitente:

- 2 - 6 slice 1 punct; sau

- 16 - 32 slice 3 puncte; sau

- peste 32 5 puncte;
- timp de achiziție a imaginii: 2 - 5 secunde 1 punct;
- accesorii - printer - digital 2 puncte; sau
- analog 1 punct;
- injector automat 1 punct;
- h) imagistică prin rezonanță magnetică - se acordă 30 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului. După caz, la punctajul obținut se adaugă:
 - câmp magnetic - 1 T 2 puncte; sau
 - 1,5 T și peste 4 puncte;
 - Antene - Head (Bird cage) 1 punct; sau
 - Neorovascular Coli 1 punct; sau
 - Antenă în rețea fazată pentru coloana C-T-L 1 punct; sau
 - Torsopa 1 punct; sau
 - Extremități 1 punct; sau
 - GPFlex (antenă de suprafață) 1 punct; sau
 - antene de suprafață (3 și 5 Inch) 1 punct; sau
 - Body Coil (abdomen și pelvis) 1 punct; sau
 - 8 HR BRAIN 1 punct; sau
 - San 1 punct;
- i) medicina nucleară (Gamma Camera) - se acordă 30 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani , scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului. După caz, la punctajul obținut se adaugă:
 - cu o cameră de citire 2 puncte; sau
 - cu două camere de citire 4 puncte;
- j) osteodensitometrie DEXA - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;
- k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia și stocarea imaginilor:
 - cameră obscură umedă manuală 1 punct; sau
 - dezvoltator automat umed 3 puncte; sau
 - dezvoltator umed day light 5 puncte; sau
 - cititor de plăci fosforice 8 puncte; sau
 - stație der postprocesare DICOM 10 puncte;
 - arhivă filme radiografice 5 puncte;
 - arhiva CD 8 puncte;
 - arhivă de mare capacitate (PACS) 10 puncte;
 - digitizer pentru medii transparente (filme) 5 puncte.

B. Evaluarea resurselor umane

Pentru fiecare categorie de personal se acordă următorul punctaj:

- medici - medic de specialitate radiologie și imagistică medicală: 9 puncte;
- medic primar radiologie și imagistic: 11 puncte
- medic de specialitate medicină nucleară: 9 puncte;
- medic primar medicină nucleară : 11 puncte
- medic dentist: 5 puncte
- medic cu competență Eco: 5 puncte;
- medic cu competență CT: 5 puncte;
- medic cu competență RMN: 5 puncte;
- medic cu competență imagistica sânului : 5 puncte;
- operatori - absolvent colegiu imagistică medicală 5 puncte;

- asistent medical imagistic medicală: 3 puncte;
- bioinginer: 6 puncte;
- fizician : 6 puncte;
- asistenți medicali - de radiologie 4 puncte;
- alte specialități
- pentru Eco + ATI 3 puncte;
- personal auxiliar - tehnician aparatură medicală 5 puncte.

NOTĂ: Se acordă punctaj pentru fiecare persoană încadrată cu normă întreagă. Pentru cei încadrați cu contract de muncă cu timp parțial lucrat se acordă punctaj proporțional cu fracțiunea de normă.

C. Logistica:

- a) distribuția rezultatelor investigațiilor la medicul care a recomandat investigația:
- rețea de transmisie imagini interne (RIS) 8 puncte;
 - transmisie de imagini în perimetrul limitrof și la distanța (PACS) 10 puncte;
- b) software dedicat activității medicale, care să conțină înregistrarea biletelor de trimitere, eliberarea și arhivarea datelor specifice și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se vor prezenta facilitățile programului și se verifică la sediul furnizorului):
- operațional cu aparate conectate pentru transmitere de date 20 puncte; sau
 - operațional fără aparate conectate pentru transmitere de date 5 puncte;
- c) posibilitatea de transmitere a raportărilor către casele de asigurări de sănătate on line 2 puncte;
- d) web site - care să conțină minimum următoarele informații: adresa, orarul de funcționare, servicii oferite în contractul cu casa de asigurări de sănătate, certificări și chestionar de satisfacție a pacienților 2 puncte;
- Pentru furnizorii de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare, cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul pentru web site se acordă o singură dată pentru punctul de lucru, pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

D. Panel investigații oferite:

- a) se acordă un punct pentru orice tip de radiografie;
- b) se acordă două puncte pentru orice examen tip radioscopie gastrointestinală și/sau orice tip de ecografie generală;
- c) se acordă 3 puncte pentru orice tip de explorare radiologică cu substanță de contrast și/sau pentru orice ecografie de organ;
- d) se acordă 4 puncte pentru orice tip de examen computer tomografic și/sau orice ecografie specială (inclusiv ecografie fetală);
- e) se acordă 5 puncte pentru orice tip de explorare prin RMN;
- f) se acordă câte 5 puncte pentru fiecare tip de exploatare de medicină nucleară (scintigrafie);
- g) se acordă 3 puncte pentru osteodensitometria DEXA.

2. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Criteriul financiar se referă la tarifele propuse de furnizorii de servicii medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală.

Tarifele propuse de către furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală pentru contractarea investigațiilor medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală cu casele de asigurări de sănătate nu trebuie să depășească tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 reprezintă tariful minim pentru fiecare tip de investigație medicală paraclinică de radiologie - imagistică medicală. Pentru celelalte tarife peste cel minim se acordă un punctaj proporțional în funcție de primul clasat.

Furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală care prezintă tarife ce depășesc tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate cuprinse în anexa nr. 7 la ordin sunt respinși de la contractare pentru tipul/tipurile de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală respective.

3. Criteriul privind calitatea

Ponderea acestui criteriu este de 40%.

Implementarea sistemului de management al calității, în conformitate cu SR EN ISO 9001:2001 pentru diagnostic imagistic sau cu alt standard adoptat în România la momentul aplicării prezentului ordin, este dovedită de furnizor prin certificatul de conformitate ISO 9001 însoțit de o copie de pe manualul calității, în care să fie specificat tipul investigațiilor pentru care s-a acordat.

În situația în care furnizorul de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală prezintă certificatul de acreditare, acesta primește 100 de puncte. Furnizorii care nu prezintă certificatul de acreditare nu primesc punctaj la acest criteriu.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinație de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

- a) 50% pentru criteriul de evaluare;
- b) 10% pentru criteriul financiar;
- c) 40% pentru criteriul privind implementarea sistemului de management al calității;

B. Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor, cu excepția numărului total de puncte obținut de furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală în regim ambulatoriu..

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul total de puncte corespunzător fiecărui criteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre cele 3 criterii se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor pentru fiecare criteriu, inclusiv cu numărul de puncte obținut de furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală în regim ambulatoriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea celor trei sume stabilite conform lit. D. Sumele corespunzătoare celor trei sume stabilite conform lit. D, pentru furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală în regim ambulatoriu, se contractează și se decontează din fondul alocat asistenței medicale spitalicești.

F. În situația în care nici unul dintre furnizori nu îndeplinește criteriul privind implementarea sistemului de management al calității, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. c) de la lit. A se repartizează proporțional la celelalte criterii prevăzute la lit. a) și b) de la lit. A.

NOTĂ:

În funcție de necesarul de servicii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, pe tipuri, această sumă poate fi repartizată de casele de asigurări de sănătate pe tipuri de servicii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală astfel:

- radiologie convențională și ecografie generală,
- imagistică de înaltă performanță,
- ecografiile contractate prin acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în

asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice;

Casele de asigurări de sănătate ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigații medicale paraclinice pe total județ de către comisia constituită de reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, ai autorității de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București, și ai colegiilor teritoriale ale medicilor, va stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală din totalul fondului aprobat cu destinația de servicii medicale paraclinice.

CONTRACT DE FURNIZARE

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

I. Părțile contractante

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

- Cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea 629/2001, republicată:

- cabinet individual, reprezentat prin medicul titular

- cabinet asociat sau grupat, reprezentat prin medicul delegat

- societate civilă medicală, reprezentată prin administratorul

- Unitate medico-sanitară cu personalitate juridică ce se înființează potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reprezentată prin

- Unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, reprezentată prin

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

- Centru de diagnostic și tratament și centru medical - unități cu personalitate juridică, 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 medicale nr. sau actul de înființare sau organizare a unității sanitare autorizație sanitară de funcționare nr. / raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege 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 unic de înregistrare..... sau cod numeric personal al reprezentantului legal, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă pe toată perioada derulării contractului, dovada de evaluare a 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 pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 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 acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, în următoarele specialități și competențe / atestat de studii complementare:

- a)
- b)
- c)
-

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice se face de către următorii medici:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
-

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2007.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

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 autorizați și evaluați și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților;
- b) să controleze actele de evidență financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;
- c) să verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigațiilor paraclinice de către

furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu reglementările în vigoare;

d) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate și raportate, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

e) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”; până la intrarea în funcțiune a „sistemului informatic unic integrat” se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;

f) să monitorizeze numărul serviciilor medicale acordate de către furnizorii cu care se află în relații contractuale ;

g) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

h) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

i) să efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguraților conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;

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

k) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

l) 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.

m) să deconteze furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

n) să încaseze de la medicii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat, contravaloarea acestor servicii precum și contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală și a dispozitivelor medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pe baza biletelor de trimitere și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

1) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile art.238 și 239 din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare referitoare la diagnostic și tratament;

2) să informeze asigurații despre pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligațiile furnizorului de servicii medicale în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate precum și obligațiile asiguratului referitor la actul medical;

3) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și

intimitatea și demnitatea acestora;

4) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura va fi însoțită de desfășurătoarele / documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru cetățenii titulari ai cardului european și pentru cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an, conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

5) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

6) să întocmească bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, atunci când este cazul, și să consemneze în acest bilet sau să atașeze la bilet în copie rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor paraclinice medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor paraclinice și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

7) să completeze corect și la zi toate documentele privind evidențele obligatorii din sistemul informațional al Ministerului Sănătății Publice cu datele corespunzătoare activității desfășurate;

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

9) să respecte programul de lucru pe care să îl afișeze la loc vizibil și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică;

10) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

11) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate; furnizorilor li se recomandă participarea la acțiunile de informare organizate de casele de asigurări de sănătate și de autoritățile de sănătate publică;

12) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală care se aproba prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul;

13) să recomande investigații paraclinice în concordanță cu diagnosticul și să utilizeze biletele de trimitere pentru investigațiile paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate care sunt formulare cu regim special, unice pe țară;

14) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală ori de câte ori se solicită;

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

16) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide;

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

18) să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

19) să respecte protocoalele de practică elaborate conform dispozițiilor legale ;

20) să raporteze lunar în format electronic casei de asigurări de sănătate, la nivelul căreia funcționează „sistemul informatic unic integrat”, investigațiile medicale paraclinice recomandate în regim ambulatoriu și denumirile comune internaționale din lista medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu, pe CNP;

21) să acorde de la data aderării României la Uniunea Europeană, asistență medicală necesară titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

23) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

24) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, cu excepția cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene – titulari ai cardului european, a urgențelor și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, precum și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială;

25) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, despre diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate, cât și rezultatele investigațiilor medicale paraclinice recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă ; atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală va fi un document tipizat și va conține obligatoriu numărul contractului cu casa de asigurări de sănătate, pentru furnizare de servicii medicale; va putea fi folosită numai de către medicii unităților medicale aflate în relații contractuale cu o casa de asigurări de sănătate;

26) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și să facă recomandări pentru investigații medicale paraclinice, conform reglementărilor legale în vigoare pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat.

27) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile.

VI. Modalități de plată

ART. 8

(1) Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu este tarif pe serviciu medical exprimat în puncte.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară, este valabilă pentru un an și este în valoare de 0,64 lei.

ART. 9

(1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, la valoarea minimă garantată a unui punct, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, 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 convenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct. Valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical poate suferi influențe, după caz, și în condițiile prevederilor Legii bugetului de stat pe anul 2007.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct se diminuează în luna în care se constată abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție din partea asiguratului și/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 și fiecare medic de specialitate din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafa al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafa al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

.....

ART. 10

Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, 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 de calitate elaborate în conformitate cu prevederile art.238 și 239 din Legea 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-

interese.

ART. 13

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 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.

IX. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

ART. 14

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept, la data producerii următoarelor situații:

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

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

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maxim 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, de la încetarea termenului de valabilitate al acestora, de la data încetării valabilității dovezii de evaluare a furnizorului;

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

c) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 14, 18,19, 21, 22, 24 și 25, a obligației prevăzute la art. 46 alin. (6) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin H.G. 1842 / 2006, precum și la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

d) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 7 pct. 5, 6, 8, 11, 15, 16, 17 și 20.

e) la a patra constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 7, 23 și 27;

f) de la data primei constatări după aplicarea de 3 ori a măsurii de diminuare a valorii minime garantate a punctului pentru nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, printr-o notificare scrisă de casele de asigurări de sănătate, pentru fiecare situație, cât și pentru nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 pct. 26.

g) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-

contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

ART. 15

Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

- a) furnizorul de servicii medicale se mută din raza administrativ - teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal;
- f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- g) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

ART. 16

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

- a) – expirarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia;
- b) – pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului ;

ART. 17

(1) Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 15 lit. b), c), f), g) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 15 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența

ART. 18

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

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca, în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract, să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 19

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

ART. 20

Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element 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 mult cu putință spiritului contractului.

(2) Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare / documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare / documentului similar de funcționare 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 înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 23

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

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii sau, după caz, a instanțelor de judecată.

ART. 24

Hotărârile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIII. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,
.....

Director executiv al Direcției Management
și Economică
.....

Director executiv al Direcției Planificare,
Dezvoltare, Relații cu Furnizorii
.....

Vizat

Compartiment juridic și contencios

FURNIZOR DE SERVICII
MEDICALE

Reprezentant legal,
.....

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografiile 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, reprezentată prin președinte - director general,

și

Laboratorul de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 aprobată cu modificări și completări prin Legea 629/2001, republicată:

- laborator individual, reprezentat prin medicul titular

- laborator asociat sau grupat, reprezentat prin medicul delegat

- societate civilă medicală, reprezentată prin administratorul

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică ce se înființează potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare reprezentată prin

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, reprezentată prin

Ambulatoriul de specialitate din structura spitalului, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic și tratament / Centrul medical - unități medicale cu personalitate juridică, reprezentat prin

cu certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale nr. actul de înființare sau organizare a unității sanitare autorizație sanitară de funcționare nr. / raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege....., autorizație de funcționare 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 unic de înregistrare..... sau codul numeric personal al reprezentantului legal, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului nr.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 și Normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, în următoarele specialități:

- a)
- b)
- c)
-
-

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către următorii medici:

a) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafa al medicului:

Program zilnic de activitate

b) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafa al medicului:

Program zilnic de activitate

c)

.....

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2007.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, autorizați și evaluați și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract;

b) să controleze actele de evidență financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

c) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor contractate efectuate și raportate, pe baza facturii însoțită de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

d) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”; până la intrarea în funcțiune a „sistemului informatic unic integrat” se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;

e) să monitorizeze numărul serviciilor medicale paraclinice acordate de către furnizorii cu care se află în relații contractuale;

f) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice în asistența medicală ambulatorie de specialitate asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

g) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

h) să efectueze controlul serviciilor medicale paraclinice, conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice;

i) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

j) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

k) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă al medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate; în conformitate cu art.238 și 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitor la diagnostic și tratament;

b) să informeze asigurații despre pachetul de servicii de bază, pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate precum și obligațiile asiguratului referitor la actul medical;

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

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice; factura va fi însoțită de desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cetățenii titulari ai cardului european și pentru cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu

casele de asigurări de sănătate, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an, conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect și la zi toate documentele privind evidențele obligatorii din sistemul informațional al Ministerului Sănătății Publice cu datele corespunzătoare activității desfășurate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h) să respecte programul de lucru pe care să-l afișeze la loc vizibil și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

j) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate; li se recomandă furnizorilor participarea la acțiunile de informare organizate de casele de asigurări de sănătate și de autoritățile de sănătate publică;

k) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență ori de câte ori se solicită;

l) să acorde servicii medicale asiguraților fără nici o discriminare, indiferent de casa de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul;

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

n) să acorde servicii medicale paraclinice asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relația contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide;

p) să acorde de la data aderării României la Uniunea Europeană, asistență medicală necesară titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

r) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau după caz, medicului specialist din ambulatoriu de specialitate care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

s) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile;

VI. Modalități de plată

ART. 8

Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Număr de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.				
2.				
....				
	TOTAL	X	X	

*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractului.

Suma anuală contractată este lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII..... lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

ART. 9

(1) Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de

(2) Contravaloarea serviciilor medicale paraclinice se diminuează pentru luna 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 de calitate elaborate în conformitate cu art.238 și 239 din Legea nr. 95/2006 cu modificările și completările ulterioare, referitor la diagnostic și tratament;

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11

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

IX. Clauza specială

ART. 12

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

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile 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. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

ART. 13

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se reziliază de plin drept, la data producerii următoarelor situații:

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

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

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, de la încetarea termenului de valabilitate a acestora, de la data încetării valabilității dovezii de evaluare a furnizorului;

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

c) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. a), c), i), k), n), p), q), r), precum și la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

d) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 7 pct. e), g), j), l), o) și m);

e) la a patra constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. b), f), s);

f) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 9 alin 2);

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

ART. 14

Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

- a) furnizorul de servicii medicale se mută din raza administrativ- teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal;

ART. 15

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

- a) – expirarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia;
- b) – pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului ;

ART. 16

(1) Situațiile prevăzute la art. 13, la art. 14 lit. b), c), se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 14 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 17

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

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 18

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 19

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

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

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 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. 21

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

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii sau, după caz, a instanțelor de judecată.

ART. 22

Hotărârile Comisiei 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 executiv al Direcției Management
și Economică

.....

Director executiv al Direcției Planificare,
Dezvoltare, Relații cu Furnizorii

.....

Vizat

Compartiment juridic și contencios

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru
specialitatea medicină dentară

I. Părțile contractante

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

Și

- Cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată:

- cabinet individual, reprezentat prin medicul dentist titular

- cabinet asociat sau grupat, reprezentat prin medicul dentist delegat

- societate civilă medicală, reprezentată prin administrator

- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică ce se înființează potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reprezentată prin

- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii, reprezentată prin

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

- Centrul de diagnostic și tratament și centru medical - unitate cu personalitate juridică, 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 medicale nr. sau actul de înființare sau organizare a unității sanitare, autorizație sanitară de funcționare nr. / raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege....., 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 unic de înregistrare....., sau codul numeric personal al reprezentantului legal, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat (valabilă pe toată perioada de derulare a contractului)....., dovada de evaluare a furnizorului nr. /..... /.....,

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară acordă asiguraților serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii de medicină dentară și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, în următoarele specialități:

- a)
- b)
- c)
-
-

ART. 3

Furnizarea serviciilor de medicină dentară din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină dentară 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 2007.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligațiile părților

ART. 6

În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de medicină dentară, autorizați și evaluați și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract;

b) să controleze actele de evidență financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

c) să verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigațiilor paraclinice de către furnizorii de servicii de medicină dentară în conformitate cu reglementările în vigoare;

d) să deconteze furnizorilor de servicii de medicină dentară, la termenele prevăzute în prezentul contract, contravaloarea serviciilor de medicină dentară contractate efectuate și raportate, pe baza facturii însoțită de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

e) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat” până la intrarea în funcțiune a „sistemului informatic unic integrat” se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;

f) să monitorizeze numărul serviciilor de medicină dentară acordate de către furnizorii cu care se află în relații contractuale;

g) să informeze furnizorii de servicii de medicină dentară asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

h) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

i) să efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguraților, conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;

j) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau după caz, să comunice furnizorilor de servicii de medicină dentară, procesele verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

k) să deconteze furnizorilor de servicii de medicină dentară cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii de medicină dentară, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

l) Să încaseze de la medicii dentiști care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat, contravaloarea acestor servicii precum și contravaloarea serviciilor medicale și a medicamentelor cu și fără contribuție personală acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pe baza biletelor de trimitere și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi la întregirea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

ART. 7

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină dentară au următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de medicină dentară furnizate în conformitate cu art.238 și 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitor la diagnostic și tratament;

b) să informeze asigurații despre pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii de medicină dentară și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligațiile furnizorului de servicii de medicină dentară în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și obligațiile asiguratului referitor la actul medical;

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

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară; factura va fi

însoțită de desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cetățenii titulari ai cardului european și pentru cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală dentară, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să întocmească bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării atunci când este cazul și să consemneze în acest bilet sau să atașeze la bilet în copie rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor paraclinice medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor paraclinice și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

g) să completeze corect și la zi toate documentele privind evidentele obligatorii din sistemul informațional al Ministerului Sănătății Publice cu datele corespunzătoare activității desfășurate;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru pe care să-l afișeze la loc vizibil și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii de medicină dentară în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

k) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate; furnizorilor li se recomandă participarea la acțiunile de informare organizate de casele de asigurări de sănătate și de autoritățile de sănătate publică;

l) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală care se aproba prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul.

m) să nu refuze acordarea serviciilor de medicină dentară în caz de urgență medico-chirurgicală ori de câte ori se solicită;

n) să acorde servicii de medicină dentară asiguraților fără nici o discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul;

o) să acorde servicii de medicină dentară cu prioritate femeii gravide;

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

q) să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

r) să respecte protocoalele de practică elaborate conform dispozițiilor legale;

s) să raporteze lunar în format electronic casei de asigurări de sănătate, la nivelul căreia funcționează „sistemul informatic unic integrat”, investigațiile medicale paraclinice recomandate în

regim ambulatoriu și denumirile comune internaționale din lista medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu, pe CNP;

t) să acorde de la data aderării României la Uniunea Europeană, asistență medicală necesară titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

v) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

x) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și să facă recomandări pentru investigații medicale paraclinice, conform reglementărilor legale în vigoare pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat.

y) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile de medicină dentară programabile;

z) să recomande investigații paraclinice în concordanță cu diagnosticul și să utilizeze biletele de trimitere pentru investigațiile paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate care sunt formulare cu regim special, unice pe țară.

VI. Modalități de plată

ART. 8

Modalitatea de plată în asistența medicală dentară din ambulatoriu este tarif pe serviciu de medicină dentară cuantificat în lei.

ART. 9

Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora și în condițiile prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 și în limita sumei contractate și defalcate trimestrial și lunar/cabinet, stabilită conform art. 11 din anexa nr. 8 la ordinul menționat mai sus.

Suma anuală contractată este de lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei
- Suma aferentă trimestrului IV lei,
din care:
- luna X lei
- luna XI lei
- luna XII lei.

ART. 10

(1) Decontarea serviciilor de medicină dentară se face lunar, în maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de

La finele fiecărei luni suma contractată se regularizează conform art. 11 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

(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 de medicină dentară aferente lunii respective 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 și fiecare medic dentist din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic dentist

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Codul de parafă al medicului:

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic dentist

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Codul de parafă al medicului:

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

.....

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11

Serviciile de medicină dentară furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate elaborate în conformitate cu art.238 și 239 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, referitor la diagnostic și tratament;

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12

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

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 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.

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

ART. 14

(1) Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept, la data producerii următoarelor situații:

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

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

(2) Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, de la încetarea termenului de valabilitate a acestora, de la data încetării valabilității dovezii de evaluare a furnizorului;

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

c) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 lit. a), c), j), l), m), q), r), t), u, z), precum și la; constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

d) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 7 lit. e), f), h), k), n), o), p), s).

e) la a patra constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. b), g), v), y).

f) la prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurii prevăzute la art. 10 alin 2), precum și pentru nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. x).

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

ART. 15

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

- a) furnizorul de servicii medicale se mută din raza administrativ- teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale dentare, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului cu indicarea temeiului legal;
- f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- g) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România.

ART. 16

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

- a) – expirarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia;
- b) – pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului ;

ART. 17

Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 15 lit. b), c), f), g) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 15 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

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

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

XII. Modificarea contractului

ART. 19

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatea medicină dentară, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 20

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

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

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.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 22

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

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii sau, după caz, a instanțelor de judecată.

ART. 23

Hotărârile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Președinte - Director general,

Reprezentant legal,

.....

.....

Director executiv al Direcției Management
și Economică

.....

Director executiv al Direcției Planificare,
Dezvoltare, Relații cu Furnizorii

.....

Vizat

Compartiment juridic și contencios

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - pentru radiografia dentară retroalveolară și panoramică efectuate de medicii de medicina dentară - se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare-reabilitare a sănătății (pentru unitățile sanitare ambulatorii de recuperare)

I. Părțile contractante

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

și

- unitatea ambulatorie de recuperare din structura unor unități sanitare, reprezentată prin

- unități ambulatorii de recuperare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, reprezentată prin.....;

- cabinetul medical de specialitate, organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, reprezentat prin

- societatea de turism balnear și de recuperare, constituită conform Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare și care îndeplinesc condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare aprobată prin Legea nr. 143/2002 reprezentată prin

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

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

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. / raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege....., dovada de evaluare a furnizorului nr. /, cod unic de înregistrare nr., cont nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca, cod numeric personal al reprezentantului legal, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă pe toată perioada derulării contractului,

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare

ART. 2

Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale asiguraților, conform anexei nr.7 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare se face de către următorii medici:

1.;
2.;
3.

ART. 4

Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul specialist curant de recuperare.

IV. Durata contractului

ART. 5

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2007.

ART. 6

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligațiile părților

ART. 7

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- 1) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare, autorizați și evaluați și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract;
- 2) să controleze actele de evidență financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;
- 3) să verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigațiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în conformitate cu reglementările în vigoare;
- 4) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății contractate, efectuate și raportate, pe baza facturii însoțită de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

5) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”; până la intrarea în funcțiune a sistemului informatic unic integrat se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;

6) să monitorizeze numărul serviciilor medicale acordate de către furnizorii cu care se află în relații contractuale;

7) să informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

8) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

9) să efectueze controlul serviciilor medicale de recuperare-reabilitare acordate asiguraților conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;

10) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

11) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

12) să încaseze de la medicii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat, contravaloarea acestor servicii precum și contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală și a dispozitivelor medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pe baza biletelor de trimitere și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici.

ART. 8

Furnizorul de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății are următoarele obligații:

1) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament;

2) să informeze asigurații despre pachetul de servicii de bază, obligațiile furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate precum și obligațiile asiguratului referitor la actul medical;

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

4) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății; factura va fi însoțită de desfășurătoarele / documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru cetățenii titulari ai cardului european și pentru cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an, conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății;

5) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

6) să întocmească bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării atunci când este cazul și să consemneze în acest bilet sau să atașeze la bilet în copie rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor paraclinice medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor paraclinice și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

7) să completeze corect și la zi toate documentele privind evidențele obligatorii din sistemul informațional al Ministerului Sănătății Publice cu datele corespunzătoare activității desfășurate;

8) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

9) să respecte programul de lucru pe care să îl afișeze la loc vizibil și să îl comunice casei de asigurări de sănătate și autorității de sănătate publică;

10) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

11) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate; furnizorilor li se recomandă participarea la acțiunile de informare organizate de casa de asigurări de sănătate și de autoritatea de sănătate publică;

12) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală care se aproba prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Medicamentele prescrise și investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul. Pentru recomandarea de investigații paraclinice trebuie să utilizeze biletele de trimitere pentru investigațiile paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate care sunt formulare cu regim special, unice pe țară;

13) să acorde servicii medicale de recuperare asiguraților fără nici o discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

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

15) să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

16) să respecte protocoalele de practică elaborate conform dispozițiilor legale ;

17) să raporteze lunar în format electronic casei de asigurări de sănătate, la nivelul căreia funcționează „sistemul informatic unic integrat”, investigațiile medicale paraclinice recomandate în regim ambulatoriu și denumirile comune internaționale din lista medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu, pe CNP;

18) să acorde de la data aderării României la Uniunea Europeană, asistență medicală necesară titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

20) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

21) să acorde servicii medicale asiguraților, numai pe bază de bilet de trimitere cu excepția cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene – titulari ai cardului european;

22) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expedită direct sau prin intermediul asiguratului, despre diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate, cât și rezultatele investigațiilor medicale paraclinice recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală va fi un document tipizat și va conține obligatoriu numărul contractului cu casa de asigurări de sănătate, pentru furnizare de servicii medicale; va putea fi folosită numai de către medicii unităților medicale aflate în relații contractuale cu o casa de asigurări de sănătate;

23) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și să facă recomandări pentru investigații medicale paraclinice, conform reglementărilor legale în vigoare pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat.

24) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile;

25) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide.

VI. Modalități de plată

ART. 9

Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate este tariful pe serviciu medical prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

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 x 2
TOTAL	X	X	

*Tariful pe serviciu medical este cel prevăzute în anexa nr. 7 la ordin și a avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciului medical de recuperare-reabilitare a sănătății; în situația în care baza de tratament nu se află în structura rețelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătății Publice sau aparține unor ministere cu rețele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea serviciilor medicale de recuperare la nivelul tarifelor din anexa nr.7, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unităților, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele și materialele sanitare.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare a sănătății acordate în unități ambulatorii speciale de recuperare în sistemul asigurărilor de sănătate este de lei.

ART. 11

(1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în unități ambulatorii speciale de recuperare în sistemul asigurărilor de sănătate se face pe baza numărului serviciilor efectiv realizate și a tarifelor pe serviciu medical, în limita sumelor contractate, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata.

(2) Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

(3) Contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății se diminuează în luna în care se constată abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție din partea asiguratului și/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%.

ART. 12

Plata serviciilor medicale de recuperare-reabilitare 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 de recuperare-reabilitare a sănătății

ART. 13

Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate elaborate în conformitate cu prevederile art.238 și 239 din Legea 95/2006, cu modificări și completări, referitoare la diagnostic și tratament.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 14

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

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. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare.

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, mari 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 perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății se reziliază de plin drept, la data producerii următoarelor situații:

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

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

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maxim 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, de la încetarea termenului de valabilitate a acestora, de la data încetării valabilității dovezii de evaluare a furnizorului;

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

c) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 15, 16, 18, 19, 21, și 22, a obligației prevăzute la art. 46 alin. (6) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin H.G. nr.1842/2006, precum și la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale casei de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

d) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 7 pct. 5, 6, 8, 11, 13, 14, 17, 25.

e) la a patra constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 7, 20 și 24;

f) de la data primei constatări după aplicarea de 3 ori a măsurii de diminuare a contravalorii serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății pentru nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, pentru fiecare situație, cât și pentru nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 pct. 23;

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

ART. 18

Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul de servicii medicale de recuperare se mută din raza administrativ- teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal;
- f) în cazul în care a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;
- g) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

ART. 19

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

- a) – expirarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia;
- b) – pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului ;

ART. 20

(1) Situațiile prevăzute la art. 17 și la art. 18 lit. b), c) și f) 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. 18 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. 21

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

XI. Corespondența

ART. 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 lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 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.

ART. 24

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală de recuperare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 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 / documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare / documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 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 de Arbitraj sau, după caz, a instanțelor de judecată.

ART. 27

Hotărârile Comisiei 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,
.....
Director executiv al Direcției Management
și Economică
.....

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției Planificare,
Dezvoltare, Relații cu Furnizorii
.....

Vizat
Compartiment juridic și contencios

PACHET DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

CAP. 1

Pachet de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitalicești pentru patologia care necesită internare în condițiile prevăzute la art. 57 alin. (3) lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

B. Servicii medicale spitalicești care nu necesită internarea, prestate în regim de spitalizare de zi. Un serviciu medical spitalicesc reprezintă totalitatea investigațiilor și procedurilor medicale acordate pentru rezolvarea unui caz.

1. În unitățile spitalicești, tipurile de servicii medicale ce vor fi furnizate în regim de spitalizare de zi sunt:

1.1. – serviciile medicale de la pct. 2 lit. a) – n) ;

1.2. – caz rezolvat pentru situațiile care nu necesită spitalizare continuă și pentru care serviciile sunt acordate de către medicii din secțiile de spital în cadrul programului normal de lucru, inclusiv evaluarea bolilor cronice pentru care monitorizarea terapiei se face prin comisiile organizate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în acest scop; tariful pe caz rezolvat este cel negociat de casele de asigurări de sănătate cu unitățile spitalicești.

2. Serviciile medicale de tip spitalicesc de mai jos cu tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate, aferente, ce se pot acorda în unități sanitare ambulatorii autorizate și avizate, după caz, de Ministerul Sănătății Publice să efectueze aceste servicii, sunt următoarele:

	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate (lei/serviciu medical)
a) - Hemodializă în insuficiență renală cronică*)	250,00 /ședință
b) - Dializă peritoneală**)	24,00 /asigurat/lună
c) - Radioterapie	46,86
d) - Chimioterapie*)	46,86
e) - HIV/SIDA*)	48,84
f) - Litotritie	257,17
g) Implant de cristalin***)	239,17
h) Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală	27,95
i) Servicii medicale de oftalmologie:	
- eviscerație, orjelet, glaucom, pterigion, entropion, strabism, crioaplicație, electrorezeecție	46,93
j) 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	124,31
k) Servicii medicale ORL:	
- rezecție septală, amigdalectomie, adenoidectomie, excizii formațiuni tumorală, polipectomie nazală	63,91
l) Servicii medicale flebologie (operație flebologie)	88,98
m) Anestezie (numai ca urmare a unui serviciu medical prevăzut la pct. B):	
- rahianestezie	327,90

- anestezie generală inhalatorie	152,76
- anestezie de contact și infiltrație	44,50
- anestezie locoregională de infiltrație	111,10
- anestezie locală	16,07
- anestezie generală	443,62
n) Chirurgie maxilo-facială/chirurgie orodentară Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus), regularizare creastă hemiarcadă, tratament hiperostoză tuberozitară;	83,86
Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare, 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)	
- dinți ectopici, dinți din focarul de fractură, excizia bridelor	55,91
- operație cu lambou	184,49
- corecție fren, infiltrație trigeminală	25,72

 *) Tariful nu cuprinde medicamentele și materialele specifice nominalizate prin programul național cu scop curativ și suportate din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ. Tariful pentru hemodializă în insuficiența renală cronică cuprinde și transportul asiguraților dializați în vederea efectuării dializei de la și la domiciliu, suportat de unitatea sanitară care acordă acest serviciu. Unitățile sanitare, inclusiv spitalele, suportă contravaloarea transportului al asiguraților dializați de la și la domiciliu din suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru servicii medicale de hemodializa.

**) Serviciu acordat numai de unitățile nominalizate de Ministerul Sănătății Publice; Tariful reprezintă monitorizarea lunară a bolnavului și nu cuprinde medicamentele și materialele specifice nominalizate prin programul național cu scop curativ

***) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare.

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).

3. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie. Serviciile medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și a fișelor de solicitare prezentate în anexa nr. 18, care se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract, în următoarele condiții:

- afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare;
- urgențe medico-chirurgicale, 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 și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare

din punct de vedere medical

5. insuficiență respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară
6. urgențe abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatită acută, peritonită, ocluzie intestinală, ischemie mezenterică, anevrism aortic etc.)
7. meningo-encefalită acută
8. stări comatoase

Examenul CT va înlocui examenul RMN la asigurații cu contraindicații (prezență de stimuloare 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 și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizat CT
3. patologia oncologica indiferent de localizare
4. necroza aseptica de cap femural
5. urgențe în patologia demielizanta (nevrita optica; parapareze brusc instalate)

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

Explorări scintigrafice

1. tromboembolismul pulmonar
2. accidente coronariene acute
3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent

Explorări angiografice :

- afecțiuni vasculare indiferent de localizare

CAP. 2

Pachet minimal de servicii medicale în asistența medicală spitalicească

În situația în care pacientul nu dovedește calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să îi externeze dacă serviciile medicale de urgență nu se mai justifică. La solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat se poate continua internarea cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitalicești de către pacient.

Criteriile de stabilire a urgențelor pe baza cărora se efectuează internarea pacienților care nu dovedesc calitatea de asigurat sunt:

- urgențe medico-chirurgicale sau orice alte situații în care este pusă în pericol viața pacientului sau au acest potențial;
- boli cu potențial endemo-epidemic.

CAP. 3

Pachet de servicii medicale spitalicești pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

- urgențe medico-chirurgicale sau orice alte situații în care este pusă în pericol viața pacientului sau au acest potențial;
- boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului

CONDIȚIILE ACORDĂRII SERVICIILOR MEDICALE ÎN UNITĂȚI SANITARE CU PATURI ȘI MODALITĂȚILE DE PLATĂ ALE ACESTORA

A. SPITALE

ART. 1

Serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații sunt: servicii medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă și spitalizare de zi.

ART. 2

(1) Serviciile medicale spitalicești se acordă sub formă de:

1. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare și paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv;

2. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienții care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore, și pot fi servicii medicale programabile sau neprogramabile.

ART. 3

Serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare ambulatorii autorizate de Ministerul Sănătății Publice fac obiectul unui act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice cu excepția serviciilor de hemodializă pentru care se încheie contract distinct care se adaptează la modelul de contract prevăzute în anexa nr. 20

Tarifele se negociază pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale și nu pot fi mai mari decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

ART. 4

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, potrivit legii;

2. număr paturi stabilit potrivit structurii spitalelor prin ordin al ministrului sănătății publice;

3. nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor stabilit prin ordin al ministrului sănătății publice;

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. 19 la ordin sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată;

6. numărul cazuri externate;

7. indice de complexitate a cazurilor;

8. număr de servicii medicale spitalicești pe tipuri de cazuri rezolvate / servicii efectuate în regim de spitalizare de zi;

9. numărul și tipul investigațiilor paraclinice estimate a se realiza de către spitale, în regim ambulatoriu;

10. tarif pe caz rezolvat (DRG);

11. tarif mediu pe caz rezolvat;
12. tarif pe serviciu medical / tarif pe caz rezolvat;
13. tarif pe zi de spitalizare.

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitalicești acordate în funcție de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură și de încadrarea cu personalul de specialitate;
2. infecții nosocomiale raportate la numărul total de externări;
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 bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecțiunile acute, care se stabilește astfel:

număr de cazuri externate x indice case-mix pentru anul 2006 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2007

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 2007, în funcție de numărul de paturi aprobat, de nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor și de durata optimă de spitalizare / durata efectiv realizată.

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 2006 comparativ cu cel optim care este de 70% din numărul total de externări din anul 2006.

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 2006 pentru care nu se justifică internarea.

Numărul de externări diminuat atât pentru secțiile chirurgicale, cât și pentru secțiile medicale poate fi contractat numai ca servicii medicale / cazuri rezolvate efectuate în regim de spitalizare de zi, cu încadrarea în valoarea de contract.

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 2006 se calculează pentru fiecare spital pe baza numărului și a tipurilor de cazuri raportate în perioada ianuarie - noiembrie 2006. Numărul de cazuri ponderate se obține prin înmulțirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

Indicele de case-mix este prezentat în anexa nr. 17 a) la ordin.

3. Tariful pe caz ponderat pentru anul 2007 este prezentat în anexa nr. 17 a) la ordin și se stabilește pentru fiecare spital.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate (grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel național și limitele superioare și inferioare ale intervalului de normalitate al duratei de spitalizare pentru fiecare grupă de diagnostic,

precum și definirea termenilor utilizați) sunt prevăzute în anexa nr. 17 b) la ordin.

În situația în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin are în structură secții/compartimente de cronici, recuperare și neonatologie – prematuri și îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b).

b) suma pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (de sine stătătoare, aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice 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
- cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție în anul 2007
- gradul 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 stabilită de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății Publice pe secții, este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în anexa nr.19 la ordin. Pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) se ia în considerare durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie în funcție de particularitățile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în bugetul stabilit și aprobat al spitalului.

4. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabilește astfel:

Număr paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat

c) suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (de sine stătătoare aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice în structura spitalelor) din spitalele de cronici și de recuperare, 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/compartiment 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/compartiment în anul 2007, 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 2006 comparativ cu cel optim care este de 70% din numărul total de externări din anul 2006.

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 2006, 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, cu încadrarea în valoarea de contract.

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 2006, cu încadrarea în valoarea de contract.

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

d) suma aferentă programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, decontată din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

e) sumă pentru serviciile de hemodializă, finanțate din fondul alocat pentru serviciile de hemodializă și dializă peritoneală, care face obiectul unui contract distinct; tariful pentru hemodializă în insuficiența renală cronică se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 la ordin.

f) suma 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. 8 la ordin;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanțată din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

h) suma pentru serviciile medicale efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe caz rezolvat/ serviciu medical, și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri cu tariful negociat aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate prevăzute în anexa nr. 16 la ordin. Tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, cu încadrarea în valoarea de contract.

Sumele de la lit. d) și e) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la lit. f) și g) sunt prevăzute distinct în actele adiționale la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Art. 6 La contractarea serviciilor medicale spitalicești casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate după ce s-a dedus suma aferentă serviciilor medicale paraclinice ce se pot efectua în ambulator de către unitățile sanitare cu paturi.

ART. 7

Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2007 cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv sumele care nu au fost contractate inițial, se contractează de către casele de asigurări de sănătate prin acte adiționale la contractele inițiale pentru anul 2007. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii inițiale de contract/actelor adiționale, precum și nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractați în perioada de la începutul anului și până la sfârșitul lunii anterioare celei în care se semnează actul adițional.

ART. 8

Sumele pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi de unitățile sanitare ambulatorii autorizate și avizate, după caz, de Ministerul Sănătății Publice, să efectueze aceste servicii se determină prin înmulțirea numărului de servicii medicale spitalicești cu tarifele negociate aferente acestora, care nu pot fi mai mari decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate prevăzute în anexa nr. 16.

ART. 9

(1) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în 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 externate și raportate de către spital, din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se face de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar și de către casele de asigurări de sănătate, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate)

- indicele de case-mix prevăzut în anexa nr. 17 a) la prezentul ordin;

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2007;

2. Regularizarea trimestrială se face în funcție de:

- numărul total de cazuri externate, 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 2007;

- coeficientul k al cazurilor extreme (ca durată de spitalizare). Acest coeficient se calculează trimestrial de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, pe baza cazurilor externate raportate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv. Modalitatea de calcul a coeficientului k este prevăzută în anexa nr. 17 b) la ordin.

În situația în care numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, este mai mic decât cel contractat, iar numărul de cazuri rezolvate / servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi a crescut, numărul de cazuri rezolvate / servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi ce depășește numărul de cazuri ponderate contractat se decontează la tariful pe caz rezolvat / serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în valoarea de contract.

În situația în care atât numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate / serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât numărul de cazuri ponderate, respectiv cazuri rezolvate / servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractate, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care atât numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate / serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât numărul de cazuri ponderate,

respectiv cazuri rezolvate / servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractat, se poate accepta la decontare o depășire de maximum 5% atât a numărului de cazuri ponderate ce se vor deconta la un tarif care reprezintă 50% din tariful pe caz ponderat, cât și a cazurilor rezolvate / serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depășiri dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, și dacă această creștere se regăsește ca economii înregistrate la sumele care se decontează din fondul alocat asistenței medicale spitalicești la alte spitale/secții din județul respectiv, cu încadrarea în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective.

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, validate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar și casele de asigurări de sănătate conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, de durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata efectiv realizată și tariful pe zi de spitalizare negociat.

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 urmării 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. Pentru TBC și recuperare pediatrică - distrofici numărul de zile de spitalizare efectiv realizat se decontează în limita numărului de externări contractate și a duratei optime de spitalizare.

Trimestrial se fac regularizări și decontări în funcție de numărul de externări realizate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata efectiv realizată și tariful pe zi de spitalizare, ținându-se seama de cazurile 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 a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, și dacă creșterea numărului de cazuri realizate se regăsește în reducerea numărului de cazuri contractate din alte spitale/secții din județul respectiv, iar această depășire se încadrează în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective.

Serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează ținându-se seama de durata optimă de spitalizare stabilită de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății Publice și prevăzută în anexa nr.19 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 urmării 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 fondul alocat asistenței medicale spitalicești la nivelul casei de asigurări de sănătate respective;

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale paliative în regim de spitalizare, în

funcție de numărul de zile de spitalizare realizat în limita numărului de zile de spitalizare contractate, de durata efectiv realizată și de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi.

c) serviciile medicale spitalicești, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr.17 a) la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (de sine stătătoare aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice în structura spitalelor) din spitalele de cronici și de recuperare, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate, se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar și casele de asigurări de sănătate conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

- tariful mediu pe caz rezolvat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologii care necesită internare prin spitalizare continuă;

2. Regularizarea trimestrială se face în funcție de numărul de externări realizat și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv 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 mic decât cel contractat, iar numărul de cazuri rezolvate /servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi a crescut, numărul de cazuri rezolvate /servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi ce depășește numărul de cazuri externate contractate se decontează la tariful pe serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în valoarea de contract.

În situația în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate / serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate /servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate /serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate /servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractat, se acceptă la decontare o depășire de maximum 5% atât a numărului de externări ce se vor deconta la un tarif care reprezintă 50% din tariful negociat, cât și a cazurilor rezolvate /serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depășiri dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, și dacă această creștere se regăsește ca economii înregistrate la sumele care se decontează din fondul alocat asistenței medicale spitalicești la alte spitale/secții din județul respectiv, cu încadrarea în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective.

d) suma aferentă programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice se decontează în limita sumelor aferente subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ;

e) sumă pentru serviciile de hemodializă, finanțate din fondul alocat pentru serviciile de hemodializă și dializă peritoneală, care face obiectul unui contract distinct; tariful pentru hemodializă în insuficiența renală cronică se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr.16 la ordin.

f) suma 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. 8 la ordin;

g) sumă pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, decontată din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice stabilită conform prevederilor din

anexa nr. 8 la ordin;

h) suma pentru serviciile medicale efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe caz rezolvat / pe serviciu medical și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri cu tariful negociat aferent acestora. Tariful pe serviciu medicale spitalicesc se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate prevăzute în anexa nr. 16 la ordin. Tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă, cu încadrarea în valoarea de contract.

(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. Spitalele vor deconta investigațiile paraclinice la tarifele maxime prevăzute în cap. II pct. 1 din anexa nr. 7 la ordin.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din secțiile de boli profesionale pentru care nu s-a confirmat caracterul de boala profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 57 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

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

ART. 10

(1) Serviciile de hemodializă în insuficiența renală cronică, acordate în unități sanitare cu paturi, respectiv în unități sanitare ambulatorii autorizate și avizate, după caz, de Ministerul Sănătății Publice să efectueze aceste servicii, se contractează de casele de asigurări de sănătate cu unitățile sanitare sus-menționate și se decontează din fondul aprobat cu destinația servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală.

(2) Suma pentru materialele sanitare specifice serviciilor de hemodializă în insuficiența renală cronică și dializă peritoneală se contractează și se decontează din fondul aprobat cu destinația servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală.

(3) Pentru serviciile de hemodializă și dializă peritoneală casele de asigurări de sănătate țin evidențe distincte.

ART. 11

Spitalele suportă din bugetul de venituri și cheltuieli suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav.

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. 16 la ordin;
- afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare.

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

(2) Prevederile alin. (1) se aplică atât pacienților internați, cât și asiguraților cărora li se recomandă aceste servicii medicale în regim ambulatoriu. Pentru pacienții internați nu se aplică prevederea prin care se solicită bilet de trimitere pentru serviciile medicale de înaltă performanță menționate la alin. (1).

ART. 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

Spitalele suportă din bugetul de venituri și cheltuieli suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punct de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice.

ART. 15

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. 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 autorităților 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 fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

(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 autorităților 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 autorităților 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

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către medicii ce-și desfășoară activitatea în aceste unități. Modelul de convenție este cel prevăzut în anexa nr.37.

ART. 18

Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către Comitetul Director care răspunde, în condițiile legii, de realitatea și exactitatea datelor

prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției.

ART. 19

Refuzul semnării contractului cu casa de asigurări de sănătate de către unitatea furnizoare de servicii medicale spitalicești va fi adus la cunoștință Ministerului Sănătății Publice 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. 20

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

B. SERVICII MEDICALE DE HEMODIALIZĂ

ART. 21

(1) Serviciile medicale de hemodializă se asigură de către furnizori autorizați și evaluați conform legii.

(2) Modalitatea de plata a serviciilor de hemodializă este tarif pe serviciu medical.

Tariful pe serviciu medical include toate cheltuielile aferente acestui serviciu, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul dializaților de la / la domiciliul asiguratului, cu excepția cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alte județe decât cel de domiciliu al copilului, de la și la domiciliu.

(3) Serviciile medicale de hemodializă se suportă din fondul alocat cu această destinație.

(4) Pentru serviciile medicale de hemodializă acordate de furnizorii autorizați și evaluați conform legii se încheie contracte distincte cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Monitorizarea bolnavului cu dializă peritoneală se contractează ca și serviciu medical în regim de spitalizare de zi și se decontează din fondul alocat asistenței medicale spitalicești.

ANEXA 17a)

INDICELE DE COMPLEXITATE A CAZURILOR ȘI TARIFELE PE CAZ PONDERAT

Nr. crt	Cod CNAS	Denumire spital	ICM 2006 *	Tarif pe caz ponderat 2007 (lei)
1	2	3	4	5
1	AB01	SPITALUL JUDETEAN ALBA IULIA	0,7598	1.222
2	AB03	SPITALUL MUNICIPAL BLAJ	0,7506	1.076
3	AB04	SPITALUL ORASENESC ABRUD	0,5790	1.186
4	AB05	SPITALUL MUNICIPAL AIUD	0,8234	1.140
5	AB06	SPITALUL ORASENESC CAMPENI	0,5892	1.036
6	AB07	SPITALUL ORASENESC OCNA MURES	0,6180	1.134
7	AB08	SPITALUL MUNICIPAL SEBES	0,7003	1.119
8	AB09	SPITALUL ORASENESC CUGIR	0,5991	1.066
9	AB10	SPITALUL ORASENESC ZLATNA	0,6376	1.254
10	AG01	SPITALUL JUDETEAN ARGES	0,7786	1.230
11	AG02	SPITALUL DE PEDIATRIE PITESTI	0,5778	1.251
12	AG05	SPITALUL MUNICIPAL CAMPULUNG	0,6577	1.046
13	AG06	SPITALUL ORASENESC CAROL I COSTESTI	0,6316	1.222
14	AG07	SPITALUL MUNICIPAL CURTEA DE ARGES	0,6867	1.114
15	AG08	SPITALUL ORASENESC SF.SPIRIDON MIOVENI	0,6449	1.033
16	AG12	SPITALUL DR.TEJA PAPA HAGI DOMNESTI	0,5829	929
17	AR01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA ARAD	0,8577	1.255
18	AR02	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL ARAD	0,8602	1.222
19	AR03	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE DR. SALVATOR VUIA ARAD	0,5746	1.222
20	AR05	SPITALUL ORASENESC INEU	0,5864	1.222
21	AR12	SPITALUL ORASENESC GURAHONT	0,5763	1.303
22	B_01	SPITALUL CLINIC "SF. MARIA" BUCURESTI	0,8416	1.449
23	B_02	SPITALUL CLINIC DE URGENTA FLOREASCA	1,1459	1.826
24	B_03	SPITALUL CLINIC DE URGENTE SI CHIRURGIE PLASTICA, REPARATORATORIE SI ARSURI	1,6070	1.670
25	B_04	SPITALUL CLINIC DE NEFROLOGIE "DR.CAROL DAVILA" BUCURESTI	0,8864	1.500
26	B_05	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "GRIGORE ALEXANDRESCU"	0,6279	1.325
27	B_06	SPITALUL CLINIC FILANTROPIA	0,6010	1.284
28	B_08	SPITALUL CLINIC DE URGENTE OFTALMOLOGICE	0,8246	841
29	B_09	SPITALUL UNIVERSITAR DE STOMATOLOGIE "DR.DAN THEODORESCU" BUCURESTI	0,8462	1.222
30	B_11	INSTITUTUL ONCOLOGIC BUCURESTI "PR.DR.AL.TRESTIOREANU"	1,1137	1.041
31	B_12	INSTITUTUL DE ENDOCRINOLOGIE "DR. C.I. PARHON" BUCURESTI	0,5753	1.222
32	B_13	SPITALUL CLINIC "DR.I.CANTACUZINO" BUCURESTI	0,7393	1.310
33	B_14	INSTITUTUL DE DIABET, NUTRITIE SI BOLI METABOLICE "DR. N. PAULESCU" BUCURESTI	0,8130	1.633
34	B_15	SPITALUL CLINIC DE ORTOPEDIE-TRAUMATOLOGIE "FOISOR" BUCURESTI	0,8840	1.844
35	B_16	SPITALUL CLINIC COLENTINA	0,8474	1.444
36	B_18	INSTITUTUL CLINIC FUNDENI	1,1075	1.466
37	B_19	INSTITUTUL DE CARDIOLOGIE "DR.C.C. ILIESCU" BUCURESTI	1,5203	1.714
38	B_20	INSTITUTUL DE OCROTIRE A MAMEI SI COPILULUI "DR. ALFRED RUSESCU"	0,6956	1.379

39	B_21	SPITALUL CLINIC DE URGENTA SF. PANTELIMON BUCURESTI	0,7433	1.301
40	B_22	SPITALUL CLINIC DE COPII "DR.V.GOMOIU"	0,6712	1.253
41	B_23	SPITALUL CLINIC COLTEA	1,1347	1.222
42	B_24	SPITALUL CLINIC CARITAS BUCURESTI	0,6920	1.222
43	B_25	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI BOLI TROPICALE "DR.V.BABES" BUCURESTI	0,7143	1.483
44	B_28	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "M.S.CURIE"	0,7390	1.222
45	B_29	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "SF.IOAN" BUCURESTI	0,7685	1.364
46	B_31	SPITALUL CLINIC "DR.THEODOR BURGHELE" BUCURESTI	0,8072	1.897
47	B_32	INSTITUTUL DE FONOAUDIOLOGIE SI CHIRURGIE FUNCTIONALA ORL "DR. HOCIOTA"	1,0620	1.314
48	B_33	SPITALUL DE URGENTA UNIVERSITAR BUCURESTI	0,8607	1.522
49	B_34	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "DR.PANAIT SARBU" BUCURESTI	0,5973	1.222
50	B_35	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "DR.BAGDASAR-ARSENI"	1,0975	1.364
51	B_36	INSTITUTUL DE BOLI CEREBROVASCULARE "DR VLAD VOICULESCU" BUCURESTI	0,9567	1.257
52	B_41	CENTRUL METODOLOGIC DE REUMATOLOGIE "Dr. ION STOIA" BUCURESTI	0,7308	1.222
53	B_42	SPITALUL CLINIC "NICOLAE MALAXA" BUCURESTI	0,6237	1.222
54	B_48	INSTITUTUL DE BOLI INFECTIOASE "Dr. MATEI BALS"	1,0057	1.363
55	B_80	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA ELIAS	0,6896	1.669
56	BC01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BACAU	0,8100	1.199
57	BC03	SPITALUL MUNICIPAL ONESTI	0,7381	1.033
58	BC04	SPITALUL ORASENESC BUHUSI	0,6121	1.190
59	BC05	SPITALUL ORASENESC COMANESTI	0,6573	1.116
60	BC06	SPITALUL MUNICIPAL MOINESTI	0,6887	1.120
61	BC10	SPITALUL DE PEDIATRIE BACAU	0,6091	1.356
62	BH01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN ORADEA	0,8730	1.222
63	BH02	SPITALUL CLINIC DE COPII ORADEA	0,7535	1.222
64	BH03	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE ORADEA	0,6421	1.236
65	BH05	SPITALUL DE OBSTETRICA GINECOLOGIE ORADEA	0,5469	1.250
66	BH07	SPITALUL ORASENESC ALESD	0,6840	1.222
67	BH09	SPITALUL ORASENESC EPISCOP N.POPOVICI BEIUS	0,6653	1.222
68	BH10	SPITALUL ORASENESC DR.POP MIRCEA MARGHITA	0,7219	1.222
69	BH12	SPITALUL MUNICIPAL SALONTA	0,6545	1.086
70	BN01	SPITALUL JUDETEAN BISTRITA	0,7249	1.222
71	BN02	SPITALUL ORASENESC NASAUD	0,6326	1.216
72	BN03	SPITALUL ORASENESC BECLEAN	0,5558	882
73	BR01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BRAILA	0,8021	1.222
74	BR04	SPITALUL DE OBSTETRICA GINECOLOGIE BRAILA	0,6170	1.237
75	BR05	SPITALUL ORASENESC FAUREI	0,6522	1.167
76	BT01	SPITALUL JUDETEAN "MAVROMATI" BOTOSANI	0,8106	1.028
77	BT04	SPITALUL DE COPII BOTOSANI	0,5951	1.294
78	BT05	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE BOTOSANI	0,5234	1.142
79	BT06	SPITALUL MUNICIPAL DOROHOI	0,6292	1.053
80	BT07	SPITALUL ORASENESC SAVENI	0,5636	1.095
81	BT08	SPITALUL ORASENESC DARABANI	0,5334	1.133
82	BV01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BRASOV	0,8493	1.222
83	BV02	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "DR.ION SBARCEA" BRASOV	0,5820	1.151
84	BV03	SPITALUL DE PEDIATRIE BRASOV	0,6908	1.275
85	BV04	SPITALUL BOLI INFECTIOASE BRASOV	0,6309	1.257
86	BV06	SPITALUL MUNICIPAL FAGARAS	0,7864	1.222
87	BV08	SPITALUL MUNICIPAL CODLEA	0,6599	986

88	BV09	SPITALUL MUNICIPAL SACELE	0,4704	1.222
89	BV10	SPITALUL ORASENESC ZARNESTI	0,5635	950
90	BV12	SPITALUL ORASENESC RUPEA	0,5467	940
91	BZ01	SPITALUL JUDETEAN BUZAU	0,7134	1.222
92	BZ02	SPITALUL MUNICIPAL RAMNICU SARAT	0,7007	1.093
93	BZ04	SPITALUL ORASENESC NEHOIU	0,6635	1.144
94	CJ01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN CLUJ-NAPOCA	0,8866	1.346
95	CJ02	SPITALUL CLINIC DE ADULTI CLUJ-NAPOCA	0,8400	1.222
96	CJ03	SPITALUL CLINIC DE COPII CLUJ-NAPOCA	0,6896	1.232
97	CJ05	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE CLUJ-NAPOCA	0,8222	1.304
98	CJ07	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL CLUJ-NAPOCA	0,8409	1.242
99	CJ08	INSTITUTUL ONCOLOGIC "I. CHIRICUTA" CLUJ-NAPOCA	1,0665	1.323
100	CJ09	INSTITUTUL INIMII "DR. N. STANCIU" CLUJ-NAPOCA	1,4339	1.714
101	CJ10	SPITALUL MUNICIPAL DEJ	0,6620	1.088
102	CJ11	SPITALUL MUNICIPAL TURDA	0,7379	1.186
103	CJ12	SPITALUL MUNICIPAL GHERLA	0,6919	924
104	CJ13	SPITALUL ORASENESC HUEDIN	0,6458	1.222
105	CJ14	SPITALUL MUNICIPAL CAMPIA TURZII	0,7131	1.164
106	CJ21	INSTITUTUL DE UROLOGIE SI TRANSPLANT RENAL CLUJ-NAPOCA	0,9106	1.594
107	CL01	SPITALUL JUDETEAN CALARASI	0,6706	1.222
108	CL02	SPITALUL ORASENESC OLTENITA	0,5823	1.179
109	CL03	SPITALUL ORASENESC LEHLIU-GARA	0,6146	1.206
110	CL04	SPITALUL ORASENESC BUDESTI	0,5107	1.222
111	CS01	SPITALUL JUDETEAN RESITA	0,7521	1.222
112	CS02	SPITALUL MUNICIPAL CARANSEBES	0,6678	1.222
113	CS03	SPITALUL ORASENESC ORAVITA	0,6046	910
114	CS05	SPITALUL ORASENESC MOLDOVA NOUA	0,5281	889
115	CS06	SPITALUL ORASENESC ANINA	0,5118	1.119
116	CS07	SPITALUL ORASENESC OTELU ROSU	0,6231	1.131
117	CT01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA CONSTANTA	0,8312	1.222
118	CT04	SPITALUL MUNICIPAL MEDGIDIA	0,6220	1.192
119	CT05	SPITALUL ORASENESC CERNAVODA	0,4821	1.251
120	CT06	SPITALUL MUNICIPAL MANGALIA	0,6390	1.326
121	CT07	SPITALUL ORASENESC HARSOVA	0,6536	1.179
122	CT14	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE CONSTANTA	0,7637	1.220
123	CV01	SPITALUL JUDETEAN SF. GHEORGHE	0,8421	1.222
124	CV02	SPITALUL ORASENESC COVASNA	0,5639	1.222
125	CV03	SPITALUL MUNICIPAL TG. SECUIESC	0,6724	972
126	CV04	SPITALUL ORASENESC BARAOLT	0,5783	1.222
127	DB01	SPITALUL JUDETEAN TARGOVISTE	0,7424	1.222
128	DB02	SPITALUL ORASENESC PUCIOASA	0,7547	1.141
129	DB03	SPITALUL ORASENESC GAESTI	0,7708	1.222
130	DB04	SPITALUL ORASENESC MORENI	0,6780	1.041
131	DB05	SPITALUL ORASENESC TITU	0,6849	943
132	DB11	SPITALUL MUNICIPAL MANASTIREA DEALU	0,7835	1.018
133	DJ01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA CRAIOVA NR.1	0,8290	1.267
134	DJ02	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL FILANTROPIA CRAIOVA NR.2	0,7094	1.269
135	DJ03	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI PNEUMOLOGIE "VICTOR BABES" CRAIOVA NR.3	0,6649	1.479
136	DJ04	SPITALUL MUNICIPAL BAILESTI	0,6273	912
137	DJ05	SPITALUL ORASENESC FILIASI	0,6095	1.253
138	DJ06	SPITALUL ORASENESC SEGARCEA	0,5914	1.142
139	DJ07	SPITALUL MUNICIPAL CALAFAT	0,6487	1.046
140	DJ21	CENTRUL DE CARDIOLOGIE CRAIOVA	0,9228	1.714

141	GJ01	SPITALUL JUDETEAN TARGU JIU	0,6565	1.183
142	GJ02	SPITALUL MUNICIPAL MOTRU	0,5996	1.164
143	GJ03	SPITALUL ORASENESC TARGU-CARBUNESTI	0,7030	1.222
144	GJ04	SPITALUL ORASENESC ROVINARI	0,6035	1.222
145	GJ05	SPITALUL ORASENESC NOVACI	0,5596	1.222
146	GJ06	SPITALUL ORASENESC BUMBESTI-JIU	0,5791	1.068
147	GJ11	SPITALUL ORASENESC TURCENI	0,5214	927
148	GL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "SF. APOSTOL ANDREI" GALATI	0,8296	1.144
149	GL02	SPITALUL PENTRU COPII "SF. IOAN" GALATI	0,6924	1.222
150	GL04	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "BUNA VESTIRE" GALATI	0,5176	1.142
151	GL06	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE "SF.CUVIOASA PARASCHEVA" GALATI	0,8702	995
152	GL07	SPITALUL MUNICIPAL "ANTON CINCU" TECUCI	0,7038	979
153	GL08	SPITALUL ORASENESC TG.BUJOR	0,6392	932
154	GR01	SPITALUL JUDETEAN GIURGIU	0,6578	1.222
155	GR05	SPITALUL ORASENESC BOLINTIN VALE	0,5821	1.045
156	HD01	SPITALUL JUDETEAN DEVA	0,8663	1.393
157	HD02	SPITALUL MUNICIPAL "A.SIMIONESCU" HUNEDOARA	0,8591	1.434
158	HD03	SPITALUL DE URGENTA PETROSANI	0,7375	1.479
159	HD05	SPITALUL ORASENESC LUPENI	0,6944	1.222
160	HD06	SPITALUL ORASENESC VULCAN	0,7028	1.222
161	HD07	SPITALUL MUNICIPAL BRAD	0,6309	1.222
162	HD08	SPITALUL MUNICIPAL ORASTIE	0,7221	1.222
163	HD09	SPITALUL ORASENESC HATEG	0,7213	1.412
164	HR01	SPITALUL JUDETEAN MIERCUREA CIUC	0,7881	1.222
165	HR02	SPITALUL MUNICIPAL ODORHEIU SECUIESC	0,7973	968
166	HR03	SPITALUL ORASENESC GHEORGHieni	0,6648	1.149
167	HR04	SPITALUL MUNICIPAL TOPLITA	0,7007	982
168	IF01	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "DR.MARIA BURGHELE" BUFTEA	0,5396	1.252
169	IF06	SPITALUL JUDETEAN ILFOV	0,7159	1.222
170	IL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA SLOBOZIA	0,7268	1.222
171	IL02	SPITALUL MUNICIPAL URZICENI	0,5603	1.071
172	IL03	SPITALUL MUNICIPAL FETESTI	0,5950	999
173	IL04	SPITALUL ORASENESC TANDAREI	0,5446	1.040
174	IS01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA "SF. SPIRIDON" IASI	1,0980	1.222
175	IS02	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "SF.MARIA" IASI	0,7965	1.286
176	IS03	CENTRUL DE CARDIOLOGIE IASI	1,5498	1.714
177	IS04	SPITALUL CLINIC DR.C.I.PARHON IASI	1,0253	1.996
178	IS05	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "CUZA-VODA" IASI	0,5111	1.296
179	IS06	SPITALUL CLINIC OBSTETRICA-GINECOLOGIE "ELENA DOAMNA" IASI	0,6227	1.222
180	IS09	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE "SF. PARASCHEVA" IASI	0,6905	1.222
181	IS10	SPITALUL CLINIC DE URGENTA IASI	1,1469	1.543
182	IS11	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "SF.TREIME" IASI	1,0304	1.199
183	IS13	SPITALUL ORASENESC HARLAU	0,5690	1.041
184	IS14	SPITALUL MUNICIPAL PASCANI	0,7147	1.222
185	IS15	SPITALUL ORASENESC TARGU FRUMOS	0,6212	712
186	IS22	INSTITUTUL DE GASTROENTEROLOGIE SI HEPATOLOGIE IASI	1,0774	1.222
187	MH01	SPITALUL JUDETEAN DROBETA TURNU SEVERIN	0,7177	1.222
188	MH02	SPITALUL MUNICIPAL ORSOVA	0,6018	1.222
189	MH03	SPITALUL ORASENESC STREHAIA	0,5337	1.082
190	MH04	SPITALUL ORASENESC VANJU MARE	0,5442	940
191	MH05	SPITALUL ORASENESC BAIA DE ARAMA	0,5681	1.222
192	MM01	SPITALUL JUDETEAN BAIA MARE	0,8007	1.222

193	MM02	SPITALUL DE BOLI INFECTIOSE DERMATO-VENEROLOGIE.SI PSIHIATRIE BAIA.MARE	0,8707	1.120
194	MM04	SPITALUL MUNICIPAL SIGHETU MARMATIEI	0,7036	1.222
195	MM07	SPITALUL DE RECUPERARE BORSA	0,6902	1.222
196	MM08	SPITALUL ORASENESC TARGU LAPUS	0,6452	897
197	MM09	SPITALUL ORASENESC VISEU DE SUS	0,6314	1.222
198	MS01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA MURES	0,9088	1.401
199	MS03	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE SI TRANSPLANT TARGU MURES	1,6110	1.714
200	MS04	SPITALUL MUNICIPAL SIGHISOARA	0,7699	1.222
201	MS05	SPITALUL ORASENESC LUDUS	0,6869	1.209
202	MS06	SPITALUL MUNICIPAL "DR.EUGEN NICOARA" REGHIN	0,7929	1.062
203	MS07	SPITALUL MUNICIPAL " DR.GHEORGHE MARINESCU" TARNAVENI	0,8355	1.214
204	NT01	SPITALUL JUDETEAN PIATRA NEAMT	0,8066	1.222
205	NT02	SPITALUL MUNICIPAL ROMAN	0,6954	1.032
206	NT03	SPITALUL ORASANESC BICAZ	0,6050	1.202
207	NT04	SPITALUL ORASENESC TARGU-NEAMT	0,6879	1.166
208	OT01	SPITALUL JUDETEAN SLATINA	0,7127	1.201
209	OT02	SPITALUL ORASENESC BALS	0,6370	1.103
210	OT03	SPITALUL MUNICIPAL CARACAL	0,7739	955
211	OT04	SPITALUL ORASENESC CORABIA	0,6123	1.209
212	PH01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PLOIESTI	0,7917	1.222
213	PH04	SPITALUL DE OBSTETRICA GINECOLOGIE PLOIESTI	0,5182	1.314
214	PH05	SPITALUL ORASENESC AZUGA	0,6932	1.274
215	PH06	SPITALUL ORASENESC BAICOI	0,5494	1.196
216	PH07	SPITALUL MUNICIPAL CAMPINA	0,5995	1.222
217	PH08	SPITALUL ORASENESC SINAIA	0,6195	1.146
218	PH09	SPITALUL ORASENESC MIZIL	0,5613	1.101
219	PH12	SPITALUL ORASENESC VALENII DE MUNTE	0,5286	1.386
220	PH20	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE PLOIESTI	0,6135	1.222
221	PH98	SPITALUL MUNICIPAL PLOIESTI	0,7744	1.222
222	PH99	SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIESTI	0,5420	1.283
223	SB01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN SIBIU	0,8132	1.420
224	SB04	SPITALUL MUNICIPAL MEDIAS	0,7409	943
225	SB05	SPITALUL ORASENESC AGNITA	0,5968	885
226	SB06	SPITALUL ORASENESC CISNADIE	0,5776	981
227	SB08	SPITALUL CLINIC DE PEDIATRIE SIBIU	0,7557	1.339
228	SJ01	SPITALUL JUDETEAN ZALAU	0,8271	1.215
229	SJ02	SPITALUL ORASENESC SIMLEU SILVANIEI	0,5954	1.172
230	SJ03	SPITALUL ORASENESC JIBOU	0,5986	1.220
231	SJ04	SPITALUL ORASENESC CEHU SILVANIEI	0,5240	1.111
232	SM01	SPITALUL JUDETEAN SATU MARE	0,7407	1.222
233	SM04	SPITALUL MUNICIPAL CAREI	0,6111	1.053
234	SM05	SPITALUL ORASENESC NEGRESTI OAS	0,6063	1.222
235	SM06	SPITALUL ORASENESC TASNAD	0,5165	1.186
236	SV01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "SF.IOAN CEL NOU" SUCEAVA	0,9064	1.153
237	SV02	SPITALUL MUNICIPAL CAMPULUNG MOLDOVENESC	0,6650	1.110
238	SV03	SPITALUL MUNICIPAL FALTICENI	0,6115	1.055
239	SV04	SPITALUL ORASENESC GURA HUMORULUI	0,5532	1.069
240	SV05	SPITALUL MUNICIPAL RADAUTI	0,6682	959
241	SV06	SPITALUL ORASENESC SIRET	0,5543	1.027
242	SV07	SPITALUL MUNICIPAL VATRA DORNEI	0,6281	1.086
243	TL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA TULCEA	0,6494	1.222
244	TL02	SPITALUL ORASENESC BABADAG	0,5146	1.222

245	TL03	SPITALUL ORASENESC MACIN	0,5540	1.211
246	TM01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN TIMISOARA	0,9094	1.392
247	TM02	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL TIMISOARA	0,9225	1.222
248	TM03	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "Dr.LOUIS TURCANU" TIMISOARA	0,9013	1.358
249	TM04	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI PNEUMOPTIZIOLOGIE "DR.V.BABES" TIMISOARA	0,7454	1.688
250	TM05	SPITALUL CLINIC OBSTETRICA GINECOLOGIE "DR.D.POPESCU" TIMISOARA	0,5236	1.298
251	TM06	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE TIMISOARA	1,3969	1.714
252	TM07	SPITALUL MUNICIPAL LUGOJ	0,6173	1.222
253	TM09	SPITALUL ORASENESC DETA	0,5064	1.222
254	TM10	SPITALUL "DR. KARL DIEL" JIMBOLIA	0,5753	1.222
255	TM11	SPITALUL ORASENESC SANICOLAUL MARE	0,5706	1.222
256	TM12	SPITALUL ORASENESC FAGET	0,5322	1.196
257	TR01	SPITALUL JUDETEAN ALEXANDRIA	0,6881	1.222
258	TR02	SPITALUL MUNICIPAL TURNU MAGURELE	0,6034	1.124
259	TR03	SPITALUL MUNICIPAL "CARITAS" ROSIORII DE VEDE	0,6177	1.103
260	TR04	SPITALUL ORASENESC ZIMNICEA	0,5935	1.222
261	VL01	SPITALUL JUDETEAN VALCEA	0,7531	1.222
262	VL02	SPITALUL DE OBSTETRICA GINECOLOGIE RM.VALCEA	0,5237	1.223
263	VL03	SPITALUL MUNICIPAL DRAGASANI	0,6569	1.018
264	VL04	SPITALUL ORASENESC HOREZU	0,5273	1.154
265	VL05	SPITALUL ORASENESC BREZOI	0,5522	1.222
266	VL10	SPITALUL ORASENESC BALCESTI	0,5055	1.222
267	VN01	SPITALUL JUDETEAN FOCSANI	0,6959	1.326
268	VN02	SPITALUL MUNICIPAL ADJUD	0,6549	925
269	VN03	SPITALUL ORASENESC ODOBESTI	0,5988	1.222
270	VN04	SPITALUL ORASENESC PANCIU	0,5552	1.118
271	VN05	SPITALUL ORASENESC MARASESTI	0,5727	972
272	VS01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA VASLUI	0,7707	1.159
273	VS02	SPITALUL MUNICIPAL DE ADULTI BARLAD	0,8089	1.076
274	VS03	SPITALUL DE COPII "SF.NICOLAE" BARLAD	0,6325	947
275	VS04	SPITALUL MUNICIPAL HUSI	0,6904	1.031
276	VS05	SPITALUL ORASENESC NEGRESTI	0,5206	1.201

* = Indicele de case-mix (ICM) a fost calculat pe baza datelor raportate de spitale în primele 11 luni din anul 2006

Definirea termenilor utilizați în anul 2007 în sistemul DRG

Grupe de Diagnostic (Diagnostic Related Groups - DRG): o schemă de clasificare a pacienților externăți (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.

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

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat)

Durata de spitalizare (DS): numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării și cel al externării din spital

Cazuri normale (CN): cazuri externate clasificate în același DRG cu durata de spitalizare asemănătoare din punct de vedere statistic

Cazuri extreme (ca durată de spitalizare) - "*outliers*": cazuri externate clasificate în același DRG cu durate de spitalizare foarte diferite față de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mici (ca durată de spitalizare) **CEMC - "low outliers"**: cazuri externate clasificate în același DRG cu durate de spitalizare foarte mici față de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mari (ca durată de spitalizare) **CEMR - "high outliers"**: cazuri externate clasificate în același DRG cu durate de spitalizare foarte mari față de cea a cazurilor normale

Interval de normalitate: un interval definit statistic care conține un procent semnificativ de observații (de exemplu 95% din observații)

Intervalul de normalitate pentru durata de spitalizare: intervalul definit statistic care conține un procent semnificativ (de exemplu 90%) de cazuri cu durate de spitalizare asemănătoare ale cazurilor externate

Limitele intervalului de normalitate pentru durata de spitalizare: valorile extreme (ale duratei de spitalizare) ce delimitează intervalul de normalitate, adică limita inferioară și limita superioară a duratei de spitalizare

Limitele intervalului de normalitate se calculează pentru durata de spitalizare a fiecărei grupe de diagnostice, astfel încât se obține o limită inferioară (LINF) și o limită superioară (LSUP) pentru fiecare grupă de diagnostice (DRGi). Aceste valori ale limitelor sunt prezentate în anexa 17 a).

Indice de echivalență - e: o pondere asociată fiecărui caz rezolvat, în funcție de durata de spitalizare a cazului și limitele de normalitate ale duratei de spitalizare pentru respectivul tip de caz (DRG).

$e = 1$ pentru $LINF \leq DS \leq LSUP$

$e = DS/LINF$ pentru $DS < LINF$

$e = DS/LSUP$ pentru $DS > LSUP$, e maxim = 3

Exemplu pentru un pacient externat, clasificat în DRGi, cu DS de 2 zile:

LINF pentru DRGi este 3 zile

LSUP pentru DRGi este 18 zile

Se observă că acest caz este un caz extrem mic ($DS < LINF$), deci $e = DS/LINF = 2/3$

Cazuri echivalente (CE): cazurile externate într-o anumită perioadă, ajustate pe baza indicelui de echivalență

$$CE = \sum(CR_i \times e_i)$$

Coeficientul K al cazurilor extreme (K) - un indicator ce reflectă impactul financiar al cazurilor extreme la nivelul unui spital

$$K = \sum(CE_i \times VR_i) / \sum(CR_i \times VR_i)$$

Cazuri ponderate (CP): pacienți "virtuali" generați prin ajustarea cazurilor externate, în funcție de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate și pentru cazurile echivalente

$$\text{Nr. CP} = \sum(VR_{DRGi} \times CR_{DRGi})$$

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

$$\text{ICM pentru spitalul A} = \text{Total nr. cazuri ponderate (CP)} / \text{Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A}$$

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:

$$CCPs = \text{bugetul aferent cazurilor acute} / \text{nr. total cazuri ponderate}$$

- la nivel național:

$$CCPN = \text{bugetele aferente cazurilor acute la nivel național} / \text{nr. total cazuri ponderate}$$

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

- pentru anul 2007:

$$TCP_{2007} = \text{TCP național, cu un coridor de risc cuprins între 115 și 95 față de TCP 2006.}$$

Pentru cazurile externate din maternitățile de nivel III organizate conform Hotărârii Guvernului nr. 534/2002 pentru aprobarea Strategiei privind reabilitarea și reorganizarea sistemului de asistență medicală spitalicească de specialitate în obstetrică-ginecologie și neonatologie din România, pe perioada 2002 - 2004, și Ordinului ministrului sănătății nr. 910/2002 privind criteriile de ierarhizare a secțiilor de spital de specialitate obstetrică, ginecologie și neonatologie, TCP 2007 se majorează cu 20%.

Tariful pe caz rezolvat (TCR) - valoarea de rambursare a unui caz rezolvat la nivel de spital

$$TCR = TCP_{2007} \times \text{ICM}$$

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

$$TC_{DRGi} = TCP_{2007} \times VR_{DRGi}$$

Abrevieri:

CMD = Categoriile majore de diagnostice
DRG = Grupe de diagnostice
VR = Valoare Relativă
DS = Durată de spitalizare
CR = Cazuri rezolvate (externate)
CN = Cazuri normale
CEMC = Cazuri extreme mici
CEMR = Cazuri extreme mari
LINF = Limita inferioară a intervalului de normalitate
LSUP = Limita superioară a intervalului de normalitate
e = Indicele de echivalență
CE = Cazuri echivalente
K = Coeficientul cazurilor extreme
CP = Cazuri ponderate
ICM = Indice de case mix (indice de complexitate a cazurilor)
CCP = Costul pe caz ponderat
RB = Rata de bază
TCP = Tariful pe caz ponderat
TC = Tariful pe tip de caz

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

Categoria majoră de diagnostice (CMD)	Descrierea Categoriei Majore de Diagnostice (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 țesutului conjunctiv
9	Boli și tulburări ale pielii, țesutului 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 / Chirurgic. (M/C)	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativa	DMS	Limita inferioara a DS	Limita superioara a DS
1	1	C	Craniotomie >17 ani, exceptand craniotomia pentru traumatism	3,0165	16,1	4	55
2	1	C	Craniotomie pentru traumatism >17 ani	3,4127	11,6	3	41
3	1	C	Craniotomie, varsta 0-17 ani	2,4674	14,8	3	52
4	1	C	Proceduri pe coloana vertebrala	1,7782	13,7	4	37
5	1	C	Proceduri vasculare extracraniene	1,0674	9,9	2	37
6	1	C	"Eliberarea" canalului carpian	0,6373	4,4	1	15
7	1	C	Proceduri la nivelul nervilor periferici sau cranieni sau alte proceduri pe sistemul nervos cu complicatii si comorbiditati	2,0845	11,9	1	55
8	1	C	Proceduri la nivelul nervilor periferici sau cranieni sau alte proceduri pe sistemul nervos fara complicatii si comorbiditati	0,9996	7,9	1	33
9	1	M	Tulburari si leziuni ale maduvei spinarii	0,9011	7,6	2	26
10	1	M	Neoplasme ale sistemului nervos cu complicatii si comorbiditati	1,0637	6,7	1	29
11	1	M	Neoplasme ale sistemului nervos fara complicatii si comorbiditati	0,6961	5,6	1	23
12	1	M	Boli degenerative ale sistemului nervos	0,9989	8,1	2	29
13	1	M	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa	0,7904	7,3	2	25
14	1	M	Boli cerebrovasculare specifice cu exceptia atacului ischemic tranzitor	1,0779	9,9	2	38
15	1	M	Atac ischemic tranzitor si ocluzii precerebrale	0,6051	7,7	2	22
16	1	M	Boli cerebrovasculare nespecifice cu complicatii si comorbiditati	1,0696	7,8	3	22
17	1	M	Boli cerebrovasculare nespecifice fara complicatii si comorbiditati	0,6339	6,8	2	22
18	1	M	Boli ale nervilor cranieni si periferici cu complicatii si comorbiditati	0,8592	7,7	3	19

19	1	M	Boli ale nervilor cranieni si periferici fara complicatii si comorbiditati	0,6034	7,2	2	22
20	1	M	Infectiile sistemului nervos cu exceptia meningitei virale	2,0717	10,5	2	46
21	1	M	Meningita virala	0,6626	8,8	2	31
22	1	M	Encefalopatia hipertensiva	0,9116	6,6	3	16
23	1	M	Coma si stupoarea netraumatica	0,7015	4,5	1	17
24	1	M	Convulsii si cefalee, varsta>17 ani cu complicatii si comorbiditati	0,7720	6,3	2	20
25	1	M	Convulsii si cefalee, varsta>17 ani fara complicatii si comorbiditati	0,5879	5,3	1	19
26	1	M	Convulsii si cefalee, varsta 0-17ani	0,5383	5,0	2	15
27	1	M	Stupoare traumatica si coma, coma durata>1 ora	1,1446	nu este cazul		
28	1	M	Stupoare traumatica si coma, coma durata<1 ora, varsta >17 ani cu complicatii si comorbiditati	1,1068	6,5	1	27
29	1	M	Stupoare traumatica si coma, coma durata<1 ora, varsta >17 ani fara complicatii si comorbiditati	0,5477	4,5	1	16
30	1	M	Stupoare traumatica si coma, coma durata<1 ora, 0-17 ani.	0,4611	3,7	1	11
31	1	M	Comotie cerebrala, varsta >17ani, cu complicatii si comorbiditati	0,6500	4,1	1	15
32	1	M	Comotie cerebrala, varsta >17ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3729	3,2	1	10
33	1	M	Comotie cerebrala, varsta 0-17ani	0,2885	2,6	1	8
34	1	M	Alte tulburari ale sistemului nervos cu complicatii si comorbiditati	0,9366	7,3	2	25
35	1	M	Alte tulburari ale sistemului nervos fara complicatii si comorbiditati	0,6376	6,0	1	21
36	2	C	Interventii pe retina	0,8288	nu este cazul		
37	2	C	Interventii pe orbita	1,0853	6,8	2	21
38	2	C	Interventii primare pe iris	0,3222	6,8	2	24

39	2	C	Interventii pe cristalin cu sau fara vitrectomie	0,6226	6,6	2	20
40	2	C	Proceduri extraoculare cu exceptia orbitei varsta >17 ani	0,8752	4,7	1	14
41	2	C	Proceduri extraoculare cu exceptia orbitei varsta 0-17 ani	0,6202	3,4	1	9
42	2	C	Proceduri intraoculare cu exceptia retinei, irisului si cristalinului	0,5688	5,5	2	16
43	2	M	Hifema	0,3288	4,7	2	13
44	2	M	Infectiile acute majore ale ochiului	0,4175	6,5	2	19
45	2	M	Tulburari neurologice ale ochiului	0,6210	5,8	2	18
46	2	M	Alte boli ale ochiului, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,7218	6,1	2	20
47	2	M	Alte boli ale ochiului, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3939	4,7	1	15
48	2	M	Alte boli ale ochiului, varsta 0-17 ani	0,4735	5,2	2	15
49	3	C	Interventii majore la nivelul capului si gatului	1,9348	15,0	3	51
50	3	C	Sialoadenectomia	0,8096	9,8	3	25
51	3	C	Interventii pe glanda salivara cu exceptia sialoadenectomiei	0,8518	7,0	2	22
52	3	C	Buza de iepure si reparatia valului palatin	0,5696	9,5	3	25
53	3	C	Interventii pe sinus si mastoida varsta >17 ani	1,4910	8,6	2	25
54	3	C	Interventii pe sinus si mastoida varsta 0-17 ani	1,1459	10,5	2	41
55	3	C	Interventii diverse pe ureche, nas, gura si gat	0,9720	6,0	2	17
56	3	C	Rinoplastia	0,9947	6,3	2	17
57	3	C	Interventii pe tonsile si adenoizi, cu exceptia tonsilectomiei si/sau doar adenoidectomiei, varsta >17 ani	0,4845	5,3	2	13
58	3	C	Interventii pe tonsile si adenoizi, cu exceptia tonsilectomiei si/sau doar adenoidectomiei, varsta 0-17 ani	0,5830	2,9	1	8

59	3	C	Tonsilectomie si/sau doar adenoidectomie, varsta >17 ani	0,6257	3,8	1	11
60	3	C	Tonsilectomie si/sau doar adenoidectomie, varsta 0-17 ani	0,4336	2,6	1	7
61	3	C	Miringotomie cu insertia tubara, varsta >17ani	1,0407	5,6	2	17
62	3	C	Miringotomie cu insertia tubara, varsta 0-17 ani	0,5662	3,7	1	9
63	3	C	Alte proceduri chirurgicale pe ureche, nas, gura si gat	1,4843	6,3	2	20
64	3	M	Tumorile maligne ale urechii, nasului, gurii si gatului	1,2467	8,4	1	31
65	3	M	Tulburari de echilibru	0,4524	6,4	2	18
66	3	M	Epistaxis	0,5267	5,2	2	13
67	3	M	Epiglotita	0,7256	5,9	2	14
68	3	M	Infectii resp. sup. si otita medie varsta>17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5081	6,7	2	17
69	3	M	Infectii resp. sup. si otita medie varsta>17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3403	6,1	2	16
70	3	M	Infectii resp. sup. si otita medie varsta 0-17 ani	0,3544	5,2	2	13
71	3	M	Laringotraheita	0,2955	5,5	2	14
72	3	M	Traumatisme si deformari nazale	0,5458	4,3	1	13
73	3	M	Alte diagnostice ale urechii, nasului, gurii si gatului, varsta >17ani	0,5571	6,1	2	18
74	3	M	Alte diagnostice ale urechii, nasului, gurii si gatului, varsta 0-17ani	0,5228	4,8	2	13
75	4	C	Interventii majore la nivelul toracelui	2,5035	16,8	3	62
76	4	C	Alte proceduri chirurgicale pe sistemul respirator cu complicatii si comorbiditati	2,2287	10,0	2	30
77	4	C	Alte proceduri chirurgicale pe sistemul respirator fara complicatii si comorbiditati	0,9628	8,0	2	24
78	4	M	Embolia pulmonara	1,0597	9,9	2	38

79	4	M	Infectii si inflamatii respiratorii, >17 ani cu complicatii si comorbiditati	1,3100	9,2	3	28
80	4	M	Infectii si inflamatii respiratorii, >17 ani fara complicatii si comorbiditati	0,7350	7,7	2	26
81	4	M	Infectii si inflamatii respiratorii, 0-17 ani	1,5598	7,3	2	19
82	4	M	Neoplasme aparat respirator	1,1370	6,0	1	22
83	4	M	Traumatisme majore ale toracelui cu complicatii si comorbiditati	0,6845	7,1	2	22
84	4	M	Traumatisme majore ale toracelui fara complicatii si comorbiditati	0,4318	5,4	2	15
85	4	M	Transudat pleural cu complicatii si comorbiditati	0,9791	9,6	2	32
86	4	M	Transudat pleural fara complicatii si comorbiditati	0,6298	8,2	2	29
87	4	M	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	0,9906	7,3	2	19
88	4	M	Boala pulmonara cronica obstructiva	0,6955	7,7	3	18
89	4	M	Pneumonia simpla si pleurezia, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,8111	8,7	3	22
90	4	M	Pneumonia simpla si pleurezia, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4709	7,6	3	18
91	4	M	Pneumonia simpla si pleurezia, 0-17 ani	0,4489	6,9	3	16
92	4	M	Boala interstitiala pulmonara cu complicatii si comorbiditati	0,9188	7,0	3	16
93	4	M	Boala interstitiala pulmonara fara complicatii si comorbiditati	0,7238	6,2	3	14
94	4	M	Pneumotorax cu complicatii si comorbiditati	0,8763	8,5	2	28
95	4	M	Pneumotorax fara complicatii si comorbiditati	0,4653	6,7	2	19
96	4	M	Bronsita si astm, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5789	7,3	3	18
97	4	M	Bronsita si astm, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4188	6,5	2	17
98	4	M	Bronsita si astm, 0-17 ani	0,4079	5,8	2	15

99	4	M	Semne si simptome respiratorii, cu complicatii si comorbiditati	0,5816	7,0	2	25
100	4	M	Semne si simptome respiratorii, fara complicatii si comorbiditati	0,4267	4,3	1	13
101	4	M	Alte boli ale aparatului respirator cu complicatii si comorbiditati	0,7080	6,9	2	24
102	4	M	Alte boli ale aparatului respirator fara complicatii si comorbiditati	0,3963	5,4	2	16
103	5	C	Transplant cardiac	0,0000	nu este cazul		
104	5	C	Proceduri pe valve cardiace si alte proceduri majore chirurgicale cu cateterism cardiac	6,4053	24,8	10	55
105	5	C	Proceduri pe valvele cardiace si alte proceduri majore chirurgicale fara cateterism cardiac	4,9033	19,8	5	57
106	5	C	Bypass coronarian cu angioplastie coronariana transluminala percutanata (ACTP)	5,0750	nu este cazul		
107	5	C	Bypass coronarian cu cateterism cardiac	3,3862	20,6	8	48
108	5	C	Alte proceduri cardiotoracice	3,9737	17,4	4	55
109	5	C	Bypass coronarian fara cateterism cardiac	2,8277	18,3	7	43
110	5	C	Alte proceduri majore cardiovasculare cu complicatii si comorbiditati	3,4164	16,4	3	68
111	5	C	Alte proceduri majore cardiovasculare fara complicatii si comorbiditati	2,1724	17,3	5	50
112	5	C	Proceduri cardiovasculare percutanate	1,2797	5,4	2	17
113	5	C	Amputatie pentru tulburari ale sistemului circulator cu exceptia celor de la membrul superior si a halucelui	2,4517	21,1	5	65
114	5	C	Amputatie pentru tulburari ale sistemului circulator la nivelul membrului superior si a halucelui	1,3461	17,5	4	57
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	7,2	2	20
116	5	C	Alte implantari permanente de pacemaker cardiac sau angioplastie coronariana transluminala percutanata (ACTP) cu implantare de stent arterial coronarian	1,6728	5,9	2	18
117	5	C	Control pacemaker cardiac cu exceptia inlocuirii acestuia	1,0456	6,6	2	21

118	5	C	Inlocuirea pacemaker-ului cardiac	1,7005	nu este cazul		
119	5	C	Ligatura venelor si stripping	1,0580	7,2	2	22
120	5	C	Alte proceduri chirurgicale pentru sistemul circulator	2,0357	8,9	2	31
121	5	M	Tulburari circulatorii cu infarct miocardic acut, cu complicatii majore, externat in viata	1,2584	9,9	3	30
122	5	M	Tulburari circulatorii cu infarct miocardic acut, fara complicatii majore, externat in viata	0,8318	9,4	3	29
123	5	M	Tulburari circulatorii cu infarct miocardic acut, decedat	1,6044	3,4	1	14
124	5	M	Tulburari circulatorii cu exceptia infarct miocardic acut cu cateterism cardiac si diagnostic complex	0,9709	6,1	2	19
125	5	M	Tulburari circulatorii cu exceptia infarct miocardic acut cu cateterism cardiac fara diagnostic complex	0,7185	5,0	1	15
126	5	M	Endocardita acuta si subacuta	1,6687	18,4	2	99
127	5	M	Insuficienta cardiaca si socul	0,8219	7,4	3	19
128	5	M	Tromboflebita venoasa profunda	0,6753	8,7	3	22
129	5	M	Stop cardiac, neexplicat	0,9334	6,2	1	30
130	5	M	Tulburari vasculare periferice cu complicatii si comorbiditati	0,7910	8,7	2	27
131	5	M	Tulburari vasculare periferice fara complicatii si comorbiditati	0,4986	8,5	2	26
132	5	M	Ateroscleroza cu complicatii si comorbiditati	0,4869	7,0	2	20
133	5	M	Ateroscleroza fara complicatii si comorbiditati	0,4059	6,1	2	17
134	5	M	Hipertensiunea arteriala	0,4878	6,3	2	16
135	5	M	Boli congenitale cardiace si valvulare, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,7474	6,6	2	19
136	5	M	Boli congenitale cardiace si valvulare, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4302	5,2	2	16
137	5	M	Boli congenitale cardiace si valvulare, 0-17 ani	0,8649	5,4	2	16

138	5	M	Aritmia cardiaca si tulburari de conducere cu complicatii si comorbiditati	0,6636	6,3	2	19
139	5	M	Aritmia cardiaca si tulburari de conducere fara complicatii si comorbiditati	0,4091	4,9	1	15
140	5	M	Angina pectorala	0,4292	6,7	2	17
141	5	M	Sincopa si colapsul cu complicatii si comorbiditati	0,5515	5,6	2	17
142	5	M	Sincopa si colapsul fara complicatii si comorbiditati	0,4232	4,3	2	12
143	5	M	Durerea toracica	0,3893	3,6	1	10
144	5	M	Alte boli ale sistemului circulator cu complicatii si comorbiditati	1,1116	8,1	2	25
145	5	M	Alte boli ale sistemului circulator fara complicatii si comorbiditati	0,5313	5,5	2	18
146	6	C	Rezectia rectala cu complicatii si comorbiditati	2,0621	19,9	5	58
147	6	C	Rezectia rectala fara complicatii si comorbiditati	1,4386	17,7	7	40
148	6	C	Interventii majore pe intestinul subtire si gros cu complicatii si comorbiditati	2,5279	16,7	3	58
149	6	C	Interventii majore pe intestinul subtire si gros fara complicatii si comorbiditati	1,2425	14,9	4	39
150	6	C	Debridare peritoneala cu complicatii si comorbiditati	1,8428	12,2	4	34
151	6	C	Debridare peritoneala fara complicatii si comorbiditati	0,9780	9,6	3	23
152	6	C	Interventii minore pe intestinul subtire si gros cu complicatii si comorbiditati	1,6743	9,2	2	31
153	6	C	Interventii minore pe intestinul subtire si gros fara complicatii si comorbiditati	1,0829	7,1	2	22
154	6	C	Interventii pe stomac, esofag si duoden, >17 ani cu complicatii si comorbiditati	3,1043	13,1	3	41
155	6	C	Interventii pe stomac, esofag si duoden, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	1,2437	11,9	3	38
156	6	C	Interventii pe stomac, esofag si duoden, 0-17 ani.	1,3143	9,2	2	31
157	6	C	Interventii la nivelul anusului sau pe stome cu complicatii si comorbiditati	0,9094	8,3	2	26

158	6	C	Interventii la nivelul anusului sau pe stome fara complicatii si comorbiditati	0,4798	6,2	2	18
159	6	C	Interventii pentru hernie, cu exceptia celor inghinale si femurale, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	1,0458	11,5	4	30
160	6	C	Interventii pentru hernie, cu exceptia celor inghinale si femurale, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,6827	8,9	3	24
161	6	C	Interventii pentru hernia inghinala si femurala, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,8160	9,0	3	22
162	6	C	Interventii pe hernia inghinala si femurala, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,5655	6,9	3	16
163	6	C	Interventii hernii varsta 0-17 ani	0,6393	4,2	2	10
164	6	C	Apendicectomie cu diagnostic principal complicat, cu complicatii si comorbiditati	1,2550	7,0	2	18
165	6	C	Apendicectomie cu diagnostic principal complicat, fara complicatii si comorbiditati	0,7193	5,5	2	13
166	6	C	Apendicectomie fara diagnostic principal complicat, cu complicatii si comorbiditati	0,8137	7,4	3	19
167	6	C	Apendicectomie fara diagnostic principal complicat, fara complicatii si comorbiditati	0,5837	5,2	2	11
168	3	C	Interventii la nivelul gurii cu complicatii si comorbiditati	1,0228	6,6	2	20
169	3	C	Interventii la nivelul gurii fara complicatii si comorbiditati	0,6680	5,2	2	15
170	6	C	Alte interventii chirurgicale pe sistemul digestiv cu complicatii si comorbiditati	2,3090	11,8	2	52
171	6	C	Alte proceduri chirurgicale pe sistemul digestiv fara complicatii si comorbiditati	0,9444	9,9	2	36
172	6	M	Tumori maligne digestive cu complicatii si comorbiditati	1,2921	6,5	2	21
173	6	M	Tumori maligne digestive fara complicatii si comorbiditati	0,7548	5,5	1	18
174	6	M	Hemoragie cu complicatii si comorbiditati	0,8530	7,1	2	22
175	6	M	Hemoragie fara complicatii si comorbiditati	0,4304	5,7	2	17
176	6	M	Ulcer peptic complicat	0,9166	6,0	2	17
177	6	M	Ulcer peptic necomplicat cu alte complicatii si comorbiditati	0,6828	6,6	3	16

178	6	M	Ulcer peptic necomplicat fara alte complicatii si comorbiditati	0,4375	5,9	2	16
179	6	M	Boala inflamatorie a intestinului	0,7187	6,3	2	21
180	6	M	Obstructii gastrointestinale cu complicatii si comorbiditati	0,7192	5,6	1	20
181	6	M	Obstructii gastrointestinale fara complicatii si comorbiditati	0,4134	4,5	1	14
182	6	M	Esofagita, gastroenterita si alte tulburari digestive, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5926	5,7	2	16
183	6	M	Esofagita, gastroenterita si alte tulburari digestive, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3916	4,9	2	14
184	6	M	Esofagita, gastroenterita si alte tulburari digestive, 0-17 ani	0,3778	4,7	2	12
185	3	M	Boli ale dintilor si gurii cu exceptia extractiilor si lucrarilor dentare, varsta>17 ani	0,6153	4,9	2	14
186	3	M	Boli ale dintilor si gurii cu exceptia extractiilor si lucrarilor dentare, 0-17 ani	0,3951	5,0	2	13
187	3	M	Extractii dentare si lucrari dentare	0,6963	3,5	1	9
188	6	M	Alte diagnostice ale aparatului digestiv >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,8682	6,1	1	21
189	6	M	Alte diagnostice ale aparatului digestiv >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4751	4,9	1	15
190	6	M	Alte diagnostice ale aparatului digestiv, 0-17 ani	0,7120	4,3	2	12
191	7	C	Interventii pe pancreas, ficat si şunt cu complicatii si comorbiditati	3,5894	20,0	4	70
192	7	C	Interventii pe pancreas, ficat si şunt fara complicatii si comorbiditati	1,4629	15,9	4	49
193	7	C	Interventii pe tractul biliar cu exceptia colecistectomiei, cu sau fara explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati	2,9005	17,8	5	48
194	7	C	Interventii pe tractul biliar cu exceptia colecistectomiei, cu sau fara explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati	1,3241	15,0	5	38
195	7	C	Colecistectomie cu explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati	2,0740	19,5	7	47
196	7	C	Colecistectomie cu explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati	1,3685	18,4	8	40
197	7	C	Colecistectomie cu exceptia interv. laparoscopice fara explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati	1,7633	14,0	5	34

198	7	C	Colecistectomie cu exceptia interv. laparoscopice fara explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati	0,9399	11,2	5	25
199	7	C	Proceduri pentru diagnosticarea tumorilor maligne hepatobiliare	1,8787	13,5	4	39
200	7	C	Proceduri pentru diagnosticarea tumorilor ne-maligne hepatobiliare	2,3726	13,1	2	48
201	7	C	Alte interventii chirurgicale hepatobiliare si pancreas	3,0798	9,1	2	31
202	7	M	Ciroza si hepatita alcoolica	1,2249	7,0	2	21
203	7	M	Tumori maligne ale sistemului hepatobiliar sau pancreasului	1,2242	6,1	1	22
204	7	M	Boli ale pancreasului cu exceptia tumorilor maligne	0,8117	6,8	2	21
205	7	M	Boli ale ficatului cu exceptia tumorilor maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu complicatii si comorbiditati	1,0979	7,7	2	24
206	7	M	Boli ale ficatului cu exceptia tumorilor, cirozei, hepatitei alcoolice fara complicatii si comorbiditati	0,5835	6,8	2	24
207	7	M	Boli ale tractului biliar cu complicatii si comorbiditati	0,9484	6,4	2	18
208	7	M	Boli ale tractului biliar fara complicatii si comorbiditati	0,5097	5,4	2	16
209	8	C	Interventii asupra articulatiilor mari si reimplantare membre inferioare	1,9704	17,4	8	36
210	8	C	Interventii asupra femurului si soldului cu exceptia articulatiilor mari, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	1,6521	16,8	6	41
211	8	C	Interventii asupra femurului si soldului cu exceptia articulatiilor mari, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	1,2603	14,9	5	35
212	8	C	Interventii asupra femurului si soldului cu exceptia articulatiilor mari, varsta 0-17 ani	1,4946	11,2	3	33
213	8	C	Amputatii pentru afectiuni musculoscheletale sau boli ale tesutului conjunctiv	1,7347	18,2	3	77
216	8	C	Biopsie sistem musculoscheletal si tesut conjunctiv	1,8743	9,2	2	35
217	8	C	Debridarea plagilor si grefa cutanata cu exceptia miinii, pentru afectiuni musculoscheletale si ale tesutului conjunctiv	3,1571	9,6	1	44
218	8	C	Interventii pe membrele inferioare si humerus cu exceptia sold, picior, femur, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	1,5486	13,6	4	38
219	8	C	Interventii pe membrele inferioare si humerus cu exceptia sold, picior, femur, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,9708	11,3	3	32

220	8	C	Interventii pe membrele inferioare si humerus cu exceptia sold, picior, femur, varsta 0-17 ani	0,9988	7,8	2	22
223	8	C	Interventii majore asupra umarului, cotului sau altor parti membrul sup. cu complicatii si comorbiditati	0,8398	8,5	2	30
224	8	C	Interventii asupra umarului, cotului, antebratului cu exceptia articulatiilor mari, fara complicatii si comorbiditati	0,7133	6,6	2	21
225	8	C	Interventii asupra piciorului	0,9629	9,2	2	35
226	8	C	Interventii asupra tesuturilor moi cu complicatii si comorbiditati	1,1479	11,2	2	44
227	8	C	Interventii asupra tesuturilor moi fara complicatii si comorbiditati	0,6837	6,5	1	23
228	8	C	Interventii majore asupra policelui, articulatiilor sau alte interventii la nivelul miinii sau pumnului cu complicatii si comorbiditati	1,0314	6,4	1	22
229	8	C	Interventii asupra miinii sau pumnului cu exceptia articulatiilor mari fara complicatii si comorbiditati	0,6866	4,8	1	16
230	8	C	Incizia locala si extractia materialelor de osteosinteza din sold si femur	1,1722	7,1	1	27
231	8	C	Incizia locala si extractia materialelor de osteosinteza cu exceptia sold si femur	1,0674	5,3	1	18
232	8	C	Artroscopia	0,7669	4,2	1	15
233	8	C	Alte interventii chirurgicale asupra sist. musculoscheletal si a tesutului conjunctiv cu complicatii si comorbiditati	1,9885	10,0	2	39
234	8	C	Alte interventii chirurgicale asupra sist. musculoscheletal si a tesutului conjunctiv fara complicatii si comorbiditati	1,3538	7,5	1	27
235	8	M	Fracturi de femur	0,7061	5,7	1	22
236	8	M	Fracturi de sold si bazin	0,6575	6,6	1	25
237	8	M	Luxaxii,entorse si dislocari de sold, pelvis, coapsa	0,5567	7,2	1	28
238	8	M	Osteomielita	1,0108	9,7	2	38
239	8	M	Fracturi patologice, neoplazii musculoscheletale si ale tesutului conjunctiv	1,0201	6,0	1	24
240	8	M	Boli ale tesutului conjunctiv cu complicatii si comorbiditati	1,4529	7,3	2	21
241	8	M	Boli ale tesutului conjunctiv fara complicatii si comorbiditati	0,7436	5,9	2	19

242	8	M	Artrita septica	0,8009	8,2	2	27
243	8	M	Probleme medicale ale spatelui	0,6121	6,8	2	21
244	8	M	Boli ale oaselor si artropatii specifice cu complicatii si comorbiditati	0,6887	7,3	2	21
245	8	M	Boli ale oaselor si artropatii specifice fara complicatii si comorbiditati	0,5346	5,9	2	20
246	8	M	Artropatii nespecifice	0,6082	6,9	2	19
247	8	M	Semne si simptome ale ap. musculoscheletal si ale tesutului conjunctiv	0,5183	5,7	2	17
248	8	M	Tendinita, miozita, bursita	0,7340	6,6	2	21
249	8	M	Ingrijire post-tratament pentru afectiuni musculoscheletale si ale tesutului conjunctiv	0,6352	6,7	1	26
250	8	M	Fracturi, luxatii, entorse, dislocari - antebrat, mina, picior, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,7039	4,2	1	12
251	8	M	Fracturi, luxatii, entorse, dislocari - antebrat, mina, picior, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4291	3,7	1	10
252	8	M	Fracturi, luxatii, entorse, dislocari - antebrat, mina, picior, varsta 0-17 ani	0,3040	3,0	1	7
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	5,4	1	17
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	4,3	1	13
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	3,5	1	9
256	8	M	Alte diagnostice musculoscheletale si ale tesutului conjunctiv	0,6686	5,3	1	16
257	9	C	Mastectomie totala pentru neoplazie, cu complicatii si comorbiditati	0,8827	15,5	5	40
258	9	C	Mastectomie totala pentru neoplazie, fara complicatii si comorbiditati	0,8172	13,7	4	37
259	9	C	Mastectomie subtotala pentru neoplazie, cu complicatii si comorbiditati	0,7794	9,8	2	36
260	9	C	Mastectomie subtotala pentru neoplazie, fara complicatii si comorbiditati	0,5588	7,2	1	27
261	9	C	Interventii pe san pt afectiuni non-maligne cu exceptia biopsiei si exciziei locale	0,9974	6,6	2	21

262	9	C	Biopsie si excizie locala a glandei mamare pentru afectiuni non-maligne	0,6033	6,0	2	19
263	9	C	Grefa cutanata si/sau debridare pentru ulcer cutanat sau celulita cu complicatii si comorbiditati	1,6922	15,4	3	54
264	9	C	Grefa cutanata si/sau debridare pentru ulcer cutanat sau celulita fara complicatii si comorbiditati	0,8815	10,6	2	45
265	9	C	Grefa cutanata si/sau debridare exceptie cele pt ulcer cutanat sau celulita cu complicatii si comorbiditati	1,5820	9,4	1	38
266	9	C	Grefa cutanata si/sau debridare exceptie cele pt ulcer cutanat sau celulita fara complicatii si comorbiditati	0,9518	6,2	1	25
267	9	C	Interventii perianale si pilonidale	0,5945	5,7	2	18
268	9	C	Interventii reconstructive (plastice) la nivel cutanat, tesut subcutanat, san	0,6402	5,8	1	20
269	9	C	Alte interventii piele, tesutului subcutanat, san cu complicatii si comorbiditati	1,3169	8,3	2	30
270	9	C	Alte interventii piele, tesutului subcutanat, san fara complicatii si comorbiditati	0,6447	5,1	1	18
271	9	M	Ulcer cutanat	0,8302	9,7	3	24
272	9	M	Afectiuni cutanate majore cu complicatii si comorbiditati	1,1886	8,0	2	23
273	9	M	Afectiuni cutanate majore fara complicatii si comorbiditati	0,4617	7,7	2	23
274	9	M	Neoplazii ale glandei mamare cu complicatii si comorbiditati	0,8851	5,9	1	21
275	9	M	Neoplazii ale glandei mamare fara complicatii si comorbiditati	0,4961	5,1	1	18
276	9	M	Afectiuni benigne ale glandei mamare	0,4554	4,6	1	14
277	9	M	Celulita varsta >17 ani cu complicatii si comorbiditati	0,6876	8,4	2	27
278	9	M	Celulita varsta >17 ani fara complicatii si comorbiditati	0,4152	6,7	2	20
279	9	M	Celulita varsta 0-17 ani	0,3886	5,4	2	14
280	9	M	Traumatisme ale pielii, tesutului subcutanat, ale glandei mamare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5519	5,1	1	17
281	9	M	Traumatisme ale pielii, tesutului subcutanat, glandei mamare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3728	4,4	1	13

282	9	M	Traumatisme ale pielii, tesutului subcutanat,ale glandei mamare, varsta 0-17 ani	0,3718	3,5	1	10
283	9	M	Afectiuni cutanate minore cu complicatii si comorbiditati	0,6212	6,3	2	18
284	9	M	Afectiuni cutanate minore fara complicatii si comorbiditati	0,3725	5,3	2	16
285	10	C	Amputatii ale membrelor inferioare pentru afectiuni endocrine, metabolice si nutritionale	1,8735	20,1	5	60
286	10	C	Interventii pe glanda suprarenala si hipofiza	1,7583	12,6	4	34
287	10	C	Grefe cutanate si debridare a plagilor din afectiuni endocrine, metabolice, nutritionale	1,6018	11,3	2	35
288	10	C	Interventii chirurgicale pentru obezitate	1,4409	8,9	2	32
289	10	C	Interventii pe paratiroide	0,8040	5,6	1	27
290	10	C	Interventii pe tiroida	0,6538	6,4	2	20
291	10	C	Interventii pe tract tireoglos	0,5060	6,9	3	18
292	10	C	Alte proceduri chirurgicale pentru afectiuni endocrine, nutritionale si metabolice cu complicatii si comorbiditati	2,2455	9,4	2	30
293	10	C	Alte proceduri chirurgicale pentru afectiuni endocrine, nutritionale si metabolice fara complicatii si comorbiditati	1,3696	9,8	2	33
294	10	M	Diabet varsta >35 ani	0,6427	6,9	2	19
295	10	M	Diabet varsta 0-35 ani	0,4928	5,4	2	16
296	10	M	Diverse afectiuni metabolice si nutritionale varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,7282	6,5	2	18
297	10	M	Diverse afectiuni metabolice si nutritionale varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4477	5,1	2	15
298	10	M	Diverse afectiuni metabolice si nutritionale varsta 0-17 ani	0,3981	4,8	2	13
299	10	M	Boli ereditare ale metabolismului	1,1701	5,4	2	14
300	10	M	Afectiuni endocrine cu complicatii si comorbiditati	0,8263	6,3	2	17
301	10	M	Afectiuni endocrine fara complicatii si comorbiditati	0,4764	5,0	2	14

302	11	C	Transplant renal	0,0000	35,5	9	106
303	11	C	Interventii asupra rinichiului, ureterului, si vezicii urinare in neoplazii	1,9541	17,7	5	47
304	11	C	Interventii asupra rinichiului, ureterului, si vezicii urinare in afectiuni benigne cu complicatii si comorbiditati	2,1472	13,2	3	42
305	11	C	Interventii asupra rinichiului, ureterului, si vezicii urinare in afectiuni benigne fara complicatii si comorbiditati	1,2863	10,9	2	40
306	11	C	Prostatectomie cu complicatii si comorbiditati	0,8990	11,1	4	26
307	11	C	Prostatectomie fara complicatii si comorbiditati	0,4385	10,8	3	28
308	11	C	Interventii minore asupra vezicii urinare cu complicatii si comorbiditati	1,4724	12,6	3	43
309	11	C	Interventii minore asupra vezicii urinare fara complicatii si comorbiditati	1,0088	8,9	2	31
310	11	C	Interventii transuretrale cu complicatii si comorbiditati	0,7397	8,0	3	21
311	11	C	Interventii transuretrale fara complicatii si comorbiditati	0,4947	6,8	2	18
312	11	C	Interventii uretrale, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,9782	7,7	2	23
313	11	C	Interventii uretrale, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,6780	7,3	2	22
314	11	C	Interventii uretrale, varsta 0-17 ani	0,6557	7,7	1	33
315	11	C	Alte interventii chirurgicale pe rinichi si cai urinare	1,8975	10,1	1	51
316	11	M	Insuficienta renala	1,1953	7,5	2	27
317	11	M	Internare pentru dializa renala	0,5442	nu este cazul		
318	11	M	Neoplasme renale si de cai urinare cu complicatii si comorbiditati	0,9441	6,5	2	23
319	11	M	Neoplasme renale si de cai urinare fara complicatii si comorbiditati	0,6283	5,1	1	17
320	11	M	Infectii renale si de cai urinare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,7079	6,7	2	20
321	11	M	Infectii renale si de cai urinare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4188	6,3	2	17

322	11	M	Infectii renale si de cai urinare, varsta 0-17 ani	0,4986	6,2	2	16
323	11	M	Litiaza urinara cu complicatii si comorbiditati si/sau litotripsie extracorporeala	0,4740	5,5	2	16
324	11	M	Litiaza urinara fara complicatii si comorbiditati	0,3202	4,7	2	13
325	11	M	Semne si simptome de afectare renala sau de cai urinare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5227	5,9	2	18
326	11	M	Semne si simptome de afectare renala sau de cai urinare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3753	4,9	2	15
327	11	M	Semne si simptome de afectare renala sau de cai urinare, varsta 0-17ani	0,3851	4,5	2	13
328	11	M	Strictura uretrala varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5436	5,8	2	18
329	11	M	Strictura uretrala varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4820	5,3	1	16
330	11	M	Strictura uretrala varsta 0-17 ani	0,5760	nu este cazul		
331	11	M	Alte boli renale si de cai urinare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	1,0639	5,1	1	16
332	11	M	Alte boli renale si de cai urinare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,5248	5,2	2	16
333	11	M	Alte boli renale si de cai urinare, varsta 0-17 ani	0,8893	6,0	1	19
334	12	C	Interventii majore pelvine la barbat, cu complicatii si comorbiditati	1,1127	18,1	8	37
335	12	C	Interventii majore pelvine la barbat, fara complicatii si comorbiditati	0,9148	16,4	7	33
336	12	C	Prostatectomia transuretrala cu complicatii si comorbiditati	0,6275	10,5	5	22
337	12	C	Prostatectomia transuretrala fara complicatii si comorbiditati	0,4340	8,9	4	17
338	12	C	Interventii pe testicule pentru neoplazii	1,0160	8,0	2	23
339	12	C	Interventii pe testicule pentru afectiuni benigne varsta >17 ani	0,8863	7,5	2	22
340	12	C	Interventii pe testicule pentru afectiuni benigne varsta 0-17 ani	0,5306	3,9	2	9
341	12	C	Interventii la nivelul penisului	1,1070	6,9	1	28

342	12	C	Circumcizia varsta >17 ani	0,9513	4,6	1	16
343	12	C	Circumcizia varsta 0-17 ani	0,4227	2,7	1	6
344	12	C	Alte proceduri chirurgicale pentru neoplazii ale ap. reproductiv masculin	1,4741	9,4	2	36
345	12	C	Alte proceduri chirurgicale ap. reproductiv masculin exceptie neoplazii	1,0847	8,1	2	26
346	12	M	Neoplazii ale ap. reproductiv masculin cu complicatii si comorbiditati	0,9482	6,3	1	22
347	12	M	Neoplazii ale ap. reproductiv masculin fara complicatii si comorbiditati	0,6036	4,6	1	15
348	12	M	Hipertrofia benigna de prostata cu complicatii si comorbiditati	0,5610	5,6	2	18
349	12	M	Hipertrofia benigna de prostata fara complicatii si comorbiditati	0,3531	4,9	1	15
350	12	M	Inflamatii ale aparatului genital masculin	0,4977	4,7	1	15
351	12	M	Sterilizarea masculina	0,2364	nu este cazul		
352	12	M	Alte boli ale aparatului genital masculin	0,4883	4,7	2	13
353	13	C	Eviscerarea pelvisului, histerectomie totala si vulvectomie radicala	2,1663	12,5	5	26
354	13	C	Interventii uterine/anexiale pentru neoplazii non-ovariene/anexiale cu complicatii si comorbiditati	1,2755	12,9	4	35
355	13	C	Interventii uterine/anexiale pentru neoplazii non-ovariene/anexiale fara complicatii si comorbiditati	0,6808	9,9	3	25
356	13	C	Interventii reconstructive ale aparatului genital feminin	0,6347	9,5	4	20
357	13	C	Interventii pe uter si anexe pentru neoplazii anexiale sau ovariene	1,8769	12,3	5	28
358	13	C	Interventii pe uter si anexe pentru afectiuni non-maligne cu complicatii si comorbiditati	0,8171	8,2	2	29
359	13	C	Interventii pe uter si anexe pentru afectiuni non-maligne fara complicatii si comorbiditati	0,6206	6,6	1	25
360	13	C	Interventii pe vagin, col uterin si vulva	0,7502	4,3	1	14
361	13	C	Ligatura trompelor uterine prin incizie sau laparoscopie	0,8192	5,6	2	17

362	13	C	Ligatura endoscopica a trompelor uterine	0,6160	nu este cazul		
363	13	C	Dilatare si chiuretaj, conizatie si implant radioactiv pentru neoplazii	0,8958	9,4	1	40
364	13	C	Dilatare si chiuretaj, conizatie, exceptie neoplazii	0,6893	3,2	1	9
365	13	C	Alte proceduri chirurgicale asupra tractului genital feminin	1,0846	6,4	1	22
366	13	M	Neoplazii ap. reproductiv feminin cu complicatii si comorbiditati	1,1170	7,5	1	28
367	13	M	Neoplazii ap. reproductiv feminin fara complicatii si comorbiditati	0,5246	6,9	1	27
368	13	M	Infectii ap. reproductiv feminin	0,5642	4,9	2	12
369	13	M	Tulburari menstruale si alte tulburari ale aparatului genital feminin	0,4318	4,1	1	12
370	14	C	Cezariana cu complicatii si comorbiditati	0,8573	8,8	3	21
371	14	C	Cezariana fara complicatii si comorbiditati	0,6318	7,3	3	17
372	14	M	Nasterea vaginala cu diagnostic complicat	0,5465	5,6	2	13
373	14	M	Nasterea vaginala fara diagnostic complicat	0,4358	5,5	2	13
374	14	C	Nastere vaginala cu sterilizare si/sau dilatare si chiuretaj	0,6210	6,2	2	15
375	14	C	Nasterea vaginala cu alte proceduri chirurgicale cu exceptia sterilizarii si/sau dilatare si chiuretaj	0,8636	5,6	2	12
376	14	M	Diagnostic postpartum si postabortum fara interventii chirurgicale	0,4626	6,3	2	20
377	14	C	Diagnostic postpartum si postabortum cu interventii chirurgicale	0,8590	3,3	1	10
378	14	M	Sarcina ectopica	0,6810	6,9	3	18
379	14	M	Iminenta de avort	0,6140	4,7	2	12
380	14	M	Avortul fara dilatare si chiuretaj	0,4688	4,4	1	14
381	14	C	Avortul cu dilatare si chiuretaj, chiuretaj prin aspiratie sau histerotomie	0,5612	2,9	1	7

382	14	M	Falsul travaliu	0,3827	4,5	1	13
383	14	M	Alte diagnostice antepartum cu complicatii si comorbiditati medicale	0,4641	4,6	2	12
384	14	M	Alte diagnostice antepartum fara complicatii si comorbiditati medicale	0,4358	3,4	1	10
385	15	M	Fatul mort sau transferat la o alta unitate de ingrijiri acute	3,0686	5,3	1	22
386	15	M	Prematurul foarte mic sau sindromul de detresa respiratorie	5,1301	19,4	2	115
387	15	M	Prematuritate cu probleme majore	1,6385	12,8	2	48
388	15	M	Prematuritate fara probleme majore	0,3709	8,2	2	26
389	15	M	Nou-nascutul la termen cu probleme majore	0,4357	6,0	3	13
390	15	M	Nou-nascutul cu alte probleme semnificative	0,1721	4,6	2	9
391	15	M	Nou-nascutul normal	0,1344	4,6	3	8
392	16	C	Splenectomie varsta >17 ani	2,2407	12,8	4	35
393	16	C	Splenectomie varsta 0-17 ani	1,4521	14,4	5	36
394	16	C	Alte interventii chirurgicale pentru organele hematopoetice sau sange	1,9666	7,1	2	24
395	16	M	Boli la nivelul hematiilor varsta >17 ani	0,7235	7,7	2	25
396	16	M	Boli la nivelul hematiilor varsta 0-17 ani	0,7602	5,3	2	15
397	16	M	Boli de coagulare	1,3608	6,3	2	22
398	16	M	Boli reticuloendoteliale si imune cu complicatii si comorbiditati	1,4219	6,2	2	17
399	16	M	Boli reticuloendoteliale si imune fara complicatii si comorbiditati	0,5801	5,7	2	17
400	17	C	Limfom si leucemia cu interventii chirurgicale majore	2,5848	13,5	3	48
401	17	C	Limfom si leucemia cronica cu alte interventii chirurgicale cu complicatii si comorbiditati	2,4312	12,6	2	53

402	17	C	Limfom si leucemia cronica cu alte interventii chirurgicale fara complicatii si comorbiditati	1,0961	9,1	2	34
403	17	M	Limfom si leucemia non-acuta cu complicatii si comorbiditati	1,8642	7,0	1	26
404	17	M	Limfom si leucemia non-acuta fara complicatii si comorbiditati	0,9754	5,1	1	19
405	17	M	Leucemia acuta fara interventii chirurgicale majore varsta 0-17 ani	5,8928	9,9	1	42
406	17	C	Boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferiteiate cu interventii chirurgicale majore cu complicatii si comorbiditati	2,3899	10,0	1	52
407	17	C	Boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferiteiate cu interventii chirurgicale majore fara complicatii si comorbiditati	1,3159	10,3	1	49
408	17	C	Boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferiteiate cu alte interventii chirurgicale	2,4381	11,1	1	56
409	17	M	Radioterapia	0,8810	13,6	1	72
410	17	M	Chemoterapie fara leucemie acuta ca diagnostic secundar	1,1128	4,2	1	14
411	17	M	Istoric de neoplazie fara endoscopie	0,3769	5,2	1	17
412	17	M	Istoric de neoplazie cu endoscopie	0,7133	4,4	1	14
413	17	M	Alte boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferiteiate cu complicatii si comorbiditati	1,2997	7,6	2	28
414	17	M	Alte boli mieloproliferative sau neoplasme slab diferiteiate fara complicatii si comorbiditati	0,8384	6,2	1	22
415	18	C	Interventii chirurgicale pentru boli infectioase si parazitare	2,8385	10,7	2	38
416	18	M	Septicemia varsta > 17 ani	1,3316	10,7	2	50
417	18	M	Septicemia varsta 0-17 ani	0,7935	7,2	2	24
418	18	M	Infectii postoperatorii si post traumatice	0,7472	8,1	2	26
419	18	M	Febra de cauza necunoscuta varsta >17 ani cu complicatii si comorbiditati	0,7746	7,1	2	25
420	18	M	Febra de cauza necunoscuta varsta >17 ani fara complicatii si comorbiditati	0,4703	6,3	2	21
421	18	M	Boli virale, varsta >17 ani	0,5534	6,8	2	18

422	18	M	Boli virale si febra de cauza necunoscuta la virste 0- 17 ani	0,3877	5,6	2	16
423	18	M	Diagnosticarea altor boli infectioase si parazitare	1,3290	7,1	2	20
424	19	C	Interventii chirurgicale pentru diagnostic principal de boala mentala	2,3301	11,4	2	45
425	19	M	Reactia acuta de adaptare si disfunctia psihosociala	0,5872	8,5	2	32
426	19	M	Nevroza depresiva	0,4723	10,8	3	34
427	19	M	Nevrozele cu exceptia depresiei	0,5847	8,1	2	29
428	19	M	Tulburari de personalitate si control al impulsului	1,1703	10,7	3	34
429	19	M	Tulburari organice si retardarea mentala	0,9343	10,0	2	35
430	19	M	Psihozele	0,8075	13,4	3	47
431	19	M	Tulburari mentale la copii	0,8491	5,3	2	15
432	19	M	Diagnosticul altor boli mentale	1,0565	5,3	2	14
433	20	M	Abuzul sau dependenta de alcool/medicamente, externat la cerere	0,2255	2,7	1	9
434	20	M	Abuzul sau dependenta de alcool/medicamente, dezintoxicarea sau alte trat. simptomatice cu complicatii si comorbiditati	0,5386	9,9	2	41
435	20	M	Abuzul sau dependenta de alcool/med, dezintoxicarea sau alte trat. simpt. fara complicatii si comorbiditati	0,3176	8,7	2	35
436	20	M	Dependenta de alcool/medicamente cu terapie de recuperare	0,7433	11,0	2	36
437	20	M	Dependenta de alcool/med. cu combinarea recuperarii si terapiei de detoxifiere	0,5292	12,9	3	39
439	21	C	Grefa cutanata pentru leziuni	2,0993	16,5	2	89
440	21	C	Debridarea plagilor/leziunilor	1,7458	8,3	1	36
441	21	C	Proceduri la nivelul mâinii pentru leziuni	0,9130	6,4	1	21
442	21	C	Alte proceduri chirurgicale pentru leziuni cu complicatii si comorbiditati	1,9433	14,3	2	69

443	21	C	Alte proceduri chirurgicale pentru leziuni fara complicatii si comorbiditati	0,8701	8,6	1	34
444	21	M	Leziuni traumatice varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5716	6,0	1	22
445	21	M	Leziuni traumatice varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3957	4,7	1	15
446	21	M	Leziuni traumatice varsta 0-17 ani	0,3510	4,0	1	12
447	21	M	Reactii alergice varsta >17 ani	0,3781	4,1	1	12
448	21	M	Reactii alergice varsta 0-17 ani	0,2441	3,7	2	9
449	21	M	Intoxicatii si efecte toxice ale medicamentelor varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,7575	3,7	1	12
450	21	M	Intoxicatii si efecte toxice ale medicamentelor varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3882	3,3	1	10
451	21	M	Intoxicatii si efecte toxice ale medicamentelor varsta 0-17 ani	0,4293	3,0	1	8
452	21	M	Complicatii ale tratamentelor, cu alte complicatii si comorbiditati	0,8362	7,5	2	28
453	21	M	Complicatii ale tratamentelor, fara complicatii si comorbiditati	0,4312	6,9	1	24
454	21	M	Alte diagnostice de leziuni, intoxicatii si efecte toxice cu complicatii si comorbiditati	0,5459	7,1	1	29
455	21	M	Alte diagnostice de leziuni, intoxicatii si efecte toxice fara complicatii si comorbiditati	0,3323	6,3	1	23
461	23	C	Interventii chirurgicale si diagnostice in cadrul contactului cu alte servicii de sanatate	1,9454	7,2	1	27
462	23	M	Recuperare	1,6187	10,1	3	30
463	23	M	Semne si simptome cu complicatii si comorbiditati	0,6307	6,2	2	20
464	23	M	Semne si simptome fara complicatii si comorbiditati	0,4293	4,7	1	14
465	23	M	Ingrijire post terapeutica cu istoric de neoplazie ca diagnostic secundar	0,5328	nu este cazul		
466	23	M	Ingrijire post terapeutica fara istoric de neoplazie ca diagnostic secundar	0,6200	5,8	1	20
467	23	M	Alti factori care influenteaza starea de sanatate.	0,2338	4,6	1	16

468		C	Interventii chirurgicale extinse nelegate de diagnosticul principal	2,6856	10,3	2	44
469			Diagnostic principal invalid ca diagnostic de externare	0,0000	nu este cazul		
470			Negrupabil	0,0000	nu este cazul		
471	8	C	Interventii asupra articulatiilor mari (bilaterale sau multiple) ale membrilor inferioare	3,1039	nu este cazul		
473	17	M	Leucemie acuta fara interventii chirurgicale majore varsta >17 ani	4,6522	10,3	1	47
475	4	M	Diagnostice aparat respirator cu suport ventilator	3,0217	8,2	1	37
476		C	Interventii operatorii prostatice ce nu au legatura cu diagnosticul principal	1,7419	nu este cazul		
477		C	Interventii operatorii limitate ce nu au legatura cu diagnosticul principal	1,4460	8,1	2	28
478	5	C	Alte interventii vasculare cu complicatii si comorbiditati	2,0940	8,0	1	43
479	5	C	Alte interventii vasculare fara complicatii si comorbiditati	1,1974	9,2	2	35
480		C	Transplant hepatic	0,0000	nu este cazul		
481		C	Transplant de maduva	0,0000	21,6	2	107
482		C	Traheostomie pentru diagnostice la nivelul fetei, cavitatii bucale si gitului	3,9011	13,6	1	77
483		C	Traheostomie pentru diagnostice altele decât cele de la nivelul fetei, cavitatii bucale si gitului	13,6071	20,6	2	106
484	24	C	Craniotomie pentru traumatisme semnificative multiple	6,2160	13,4	2	63
485	24	C	Reimplantarea membrilor, interventii asupra soldului si femurului pentru traum. semnificative multiple	5,0386	23,0	6	64
486	24	C	Alte interventii chirurgicale pentru traumatisme multiple semnificative	4,7737	14,5	2	77
487	24	M	Alte traumatisme multiple semnificative	1,2767	7,7	1	34
488	25	C	Infectia HIV cu interventii chirurgicale extinse	4,4156	10,1	1	51
489	25	M	Infectia HIV cu boli majore asociate	1,5360	11,1	2	41

490	25	M	Infectia HIV cu sau fara alte boli asociate	0,9630	5,1	1	20
491	8	C	Reatasarea membrilor si interventii asupra articulatiilor mari ale membrilor superioare	1,5304	nu este cazul		
492	17	M	Chimioterapie cu leucemie acuta ca diagnostic secundar	5,8782	8,1	1	42
493	7	C	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati	1,2538	8,1	3	21
494	7	C	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati	0,8036	5,7	2	13
495		C	Transplantul pulmonar	0,0000	nu este cazul		
496	8	C	Tasare spinala combinata antero/posterioara	5,1791	nu este cazul		
497	8	C	Tasare spinala cu complicatii si comorbiditati	2,9090	17,3	5	45
498	8	C	Tasare spinala fara complicatii si comorbiditati	1,7937	12,4	4	30
499	8	C	Interventii la nivelul spatelui si gatului cu exceptia tasarii spinale cu complicatii si comorbiditati	1,0513	12,9	3	39
500	8	C	Interventii la nivelul spatelui si gatului cu exceptia tasarii spinale fara complicatii si comorbiditati	0,6732	9,7	3	27
501	8	C	Interventii pe genunchi cu dg. princ. infectie cu complicatii si comorbiditati	1,8734	nu este cazul		
502	8	C	Interventii pe genunchi cu dg. princ. infectie fara complicatii si comorbiditati	1,1476	nu este cazul		
503	8	C	Interventii pe genunchi fara dg. princ. infectie	1,0468	5,8	1	19
504	22	C	Arsuri extinse de grad 3 cu grefa de piele	19,3756	40,0	6	155
505	22	C	Arsuri extinse de grad 3 fara grefa de piele	2,0409	13,5	1	81
506	22	C	Arsuri profunde cu grefa de piele sau leziuni prin inhalare cu complicatii si comorbiditati sau trauma semnificativa	4,7616	30,8	4	147
507	22	C	Arsuri profunde cu grefa de piele sau leziuni prin inhalare fara complicatii si comorbiditati sau trauma semnificativa	2,0351	29,2	4	129
508	22	M	Arsuri profunde fara grefa de piele sau leziuni prin inhalare cu complicatii si comorbiditati sau trauma semnificativa	1,0639	15,4	2	63
509	22	M	Arsuri profunde fara grefa de piele sau leziuni prin inhalare fara complicatii si comorbiditati sau trauma semnificativa	0,6656	11,0	2	45

510	22	M	Arsuri superficiale cu complicatii si comorbiditati sau trauma semnificativa	1,4773	10,9	2	43
511	22	M	Arsuri superficiale fara complicatii si comorbiditati sau trauma semnificativa	0,7493	8,5	2	31

Nota: DMS si limitele fiecărei grupe DRG au fost calculate pe baza datelor raportate de spitale în primele 11 luni ale anului 2006; explicatia "*nu este cazul*" se refera la grupele de diagnostice pentru care numarul de cazuri externate inregistrate a fost insuficient pentru calcularea limitelor de normalitate pentru durata de spitalizare; cazurile clasificate in aceste grupe de diagnostice se considera cazuri normale (vezi glosarul de termeni) indiferent de durata de spitalizare.

ANEXA 18

A) FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
 DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament

URGENTĂ: DA/NU

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ țintă/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal

3. Greutate Kg

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU	Programare examen RMN
Alte case	Data:
	Ora:

5. Internat DA/NU -	Substanță contrast: DA*/...../NU
Secția nr. FO	

6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: DA/NU

*) Se va aplica semnătura și parafa medicului de specialitate radiologie și imagistică medicală

7. Dg. trimitere

 Precizări:

Observații speciale legate de pacient:

1. Asistat cardiorespirator DA/NU

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

12. Proteze articulare, materiale de osteosinteză

13. Materiale stomatologice

14. Alte proteze

15. Meserii legate de prelucrarea metalelor (schije, obiecte metalice)

16. Corpi străini intraocular

17. Schije, gloanțe, obiecte metalice

9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU

Dacă DA Data Unde
 Trimis de (spital, clinică)

Medic solicitant Data:
 Semnătura și parafa medicului solicitant

Semnătura pacientului

Aviz șef secție solicitantă cu asumarea responsabilității**):
 (semnătura și parafa)

În caz de urgență, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2 - 3 ore, iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore.

PREZENȚA UNUI PACEMAKER ESTE O CONTRAINDICAȚIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!!
--

**) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

B) FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament

URGENȚĂ: DA/NU

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ țintă/segment anatomic de examinat

- | | |
|--|--|
| 1. Pacient: Nume Prenume telefon | |
| 2. Cod numeric personal | |
| 3. Greutate Kg | Programare examen CT |
| 4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU
Alte case | Data:
Ora: |
| 5. Internat DA/NU -
Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*...../NU
*) Se va aplica semnătura și parafa medicului
de specialitate radiologie și imagistică
medicală |
| 6. S-au epuizat celelalte metode
de diagnostic: DA/NU | Precizări: |
| 7. Dg. trimitere | |
| 8. Date clinice și paraclinice care
să justifice explorarea CT:
.....
.....
.....
..... | Diagnostic CT stabilit |
| 9. Examen CT anterior: DA/NU | |
| 10. Toleranță la substanța iodată:
DA/NU | |
| Trimis de (spital, clinică) | |
| Medic solicitant Data: | |

Semnătura și parafa medicului
solicitant

Aviz șef secție solicitantă cu
asumarea responsabilității*):
(semnătura și parafa)

Pentru URGENȚE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore,
iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

C) FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
 DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament

URGENȚĂ: DA/NU

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat Organ/segment anatomic de examinat 1. Pacient: Nume Prenume telefon 2. Cod numeric personal 3. Greutate Kg 4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU Alte case 5. Internat DA/NU - Secția nr. FO 6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: DA/NU 7. Dg. trimitere 8. Date clinice și paraclinice care să justifice explorarea 9. Examen scintigrafic anterior: DA/NU 10. Stări alergice*): DA/NU Trimis de (spital, clinică) Medic solicitant Data: Semnătura și parafa medicului solicitant	Programare examen scintigrafic Data: Ora: Precizări*): Diagnostic scintigrafic stabilit *) Sarcina reprezintă contraindicație de efectuare a examenului scintigrafic Semnătura pacientului (acolo unde este necesară 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
 va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

 *) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

D) FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
 DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament

URGENTĂ: DA/NU

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

Tip de examen angiografic indicat
 Organ/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal

3. Greutate Kg | Programare examen angiografic

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU |
 Alte case | Data:
 | Ora:

5. Internat DA/NU -
 Secția nr. FO

6. S-au epuizat celelalte metode de
 diagnostic: DA/NU | Precizări*):

7. Dg. trimitere |
 |
 | Observații speciale legate de pacient:

8. Date clinice și paraclinice care
 să justifice explorarea | 1) Pacient diabetic..... DA/NU
 | - în tratament cu sulfamide hipoglicemiante.. DA/NU
 | (dacă DA se oprește tratamentul cu 48 de ore
 | înainte investigației)
 | 2) Hepatita DA/NU

..... | Diagnostic angiografic stabilit
 |
 |
 |
 |

9. Examen angiografic anterior:
 DA/NU

10. Puls - arteră femurală dreaptă.. *)- Pacientul se va prezenta obligatoriu cu
 - arteră femurală stângă... următoarele teste efectuate: activitatea
 protrombinică și timpul de protrombină
 determinate în ziua efectuării investigației,
 creatinină, uree, ECG, tensiune arterială,
 antigen HbS, test HIV
 - Administrarea anticoagulantelor cumarinice
 trebuie oprită cu 72 de ore înainte investigației;
 medicația antihipertensivă și antiaritmică NU se
 oprește;

11. Stări alergice*): DA/NU
 - la substanța de contrast.....
 - alte alergii

Trimis de (spital, clinică)
 Medic solicitant Data:
 Semnătura și parafa medicului
 solicitant

Aviz șef secție solicitantă cu
 asumarea responsabilității*):
 (semnătura și parafa)

Semnătura pacientului
 (acolo unde este necesară confirmarea)

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ MEDICULUI CARE A EFECTUAT INVESTIGAȚIA

NOTĂ la anexa nr. 18: Pentru ca examenele de CT, RMN, scintigrafie și angiografie să fie decontate de casele de asigurări de sănătate, fișele de solicitare pentru aceste investigații trebuie să conțină toate datele solicitate conform modelelor.

În caz contrar nu se decontează serviciile respective.

ANEXA 19

Durata optimă de spitalizare/secții valabilă pentru toate categoriile de spitale, stabilită de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății Publice

Secția sau compartimentul	Durata optimă de spitalizare (zile)
1. Anestezie și Terapie Intensivă - ATI	5
2. Recuperare, Medicină fizică și Balneologie	12
3. Boli infecțioase	10
4. Cardiologie	8,70
5. Chirurgie generală	7
6. Chirurgie pediatrică	4
7. Chirurgie cardiovasculară	9
8. Chirurgie vasculară	7
9. Chirurgie toracică	9
10. Chirurgie maxilo-facială	5
11. Chirurgie plastică - microchirurgie reconstructivă*	7
12. Cronici	14
13. Dermato-venerologie	7
14. Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	6,5
15. Endocrinologie	7
16. Pneumologie - TBC	40
17. Pneumologie	12
18. Gastro-enterologie	6
19. Ginecologie	4,5
20. Hematologie	9
21. Medicină generală	7
22. Medicină internă	8
23. Nefrologie	8
24. Neurochirurgie	7
25. Neurologie	9,5
26. Neuropsihiatrie	14
27. Nevroze	14,12
28. Neonatologie	5

29. Obstetrică	5
30. Obstetrică-ginecologie	5
31. Oftalmologie	5
32. Oncologie medicală	7
33. Otorinolaringologie - O.R.L.	6
34. Ortopedie și traumatologie	9,3
35. Pediatrie	7
36. Neonatologie - prematuri	16,5
37. Psihiatrie 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 urmăririi 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 și evaluată pentru acordarea de servicii medicale spitalicești), cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin, având actul de înființare sau de organizare nr., autorizația sanitară de funcționare nr., dovada de evaluare nr., codul unic de înregistrare..... și contul nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă pe toată durata derulării contractului nr. lista de servicii medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și impun internarea; lista materialelor sanitare și a denumirilor comune internaționale - DCI, cu menționarea care DCI-uri pot fi recomandate pacienților internați, care dintre acestea pot fi prescrise de orice medic din spitalul respectiv și care DCI-uri pot fi prescrise cu aprobarea medicului șef de secție sau cu aprobarea consiliului medical.

II. Obiectul contractului

ART. 1

(1) Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistență medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 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

(1) Serviciile medicale spitalicești se acordă pe baza recomandării de internare din partea medicului de familie, a medicului de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și a medicilor din unitățile de asistență medico-socială care au încheiat convenții cu casele de asigurări de sănătate în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate, cu excepția urgențelor medico-chirurgicale, bolilor cu potențial endemo-epidemic care necesită izolare și tratament, internărilor obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele 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/sau chirurgicale;
- e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

IV. Durata contractului

ART. 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2007.

ART. 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligațiile părților

ART. 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, autorizați și evaluați și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract;

b) să controleze actele de evidență financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

c) să verifice prescrierea medicamentelor de către furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu reglementările în vigoare, la externarea asiguraților;

d) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate efectuate și raportate, pe baza facturii însoțită de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

e) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”; până la intrarea în funcțiune a „sistemului informatic unic integrat” se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;

f) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

- g) să monitorizeze numărul serviciilor medicale acordate de către furnizorii cu care se află în relații contractuale;

h) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

i) să efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguraților conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;

j) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

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

l) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

m) să deconteze furnizorilor de servicii medicale cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

ART. 6

Furnizorul de servicii medicale spitalicești are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile art. 238 și art. 239 din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament ;

b) să informeze asigurații despre pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligațiile furnizorului de servicii medicale în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și obligațiile asiguratului referitor la actul medical;

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

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura va fi însoțită de desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru cetățenii titulari ai cardului european și pentru cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an, conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect și la zi toate documentele privind evidentele obligatorii din sistemul informațional al Ministerului Sănătății Publice cu datele corespunzătoare activității desfășurate;

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

h) să respecte programul de lucru pe care să-l afișeze la loc vizibil și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

j) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate; furnizorilor li se recomandă participarea la acțiunile de informare organizate de casele de asigurări de sănătate și de autoritățile de sănătate publică.

k) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală care se aproba prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, numai ca o consecință a actului medical propriu. Medicamentele prescrise trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul.

l) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită;

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

n) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide;

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

p) să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

q) să respecte protocoalele de practică elaborate conform dispozițiilor legale ;

r) să raporteze lunar în format electronic casei de asigurări de sănătate, la nivelul căreia funcționează „sistemul informatic unic integrat”, denumirile comune internaționale din lista medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu – la externare, pe CNP;

s) să acorde de la data aderării României la Uniunea Europeană, asistență medicală necesară titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

u) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

v) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, prin scrisoare medicală transmisă direct sau prin intermediul asiguratului, despre diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului;

w) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale;

x) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

y) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

z) în situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgență; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență; în această situație casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

VI. Modalități de plată

ART. 7

(1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecțiunile acute, care se stabilește astfel:

Secția	Nr. cazuri externate	Indice case-mix pentru anul 2006*)	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2007**)	Suma
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C3 \times C4$

TOTAL				
-------	--	--	--	--

*) Indicele de case-mix pentru anul 2006 este prezentat în anexa nr.17 a) la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

**) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2007 este prezentat în anexa nr.17 a) la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

b) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate în spitalele de cronici și de recuperare precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, de recuperare și neonatologie - prematuri (de sine stătătoare, aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice în structura spitalelor) din alte spitale, care se stabilește astfel:

Secția	Nr. cazuri externate	Durată optimă de spitalizare sau după caz durata de spitalizare efectiv realizată*)	Tarif pe zi de spitalizare	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
TOTAL				

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabilește astfel:

Număr paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat

și este de lei

c) Suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (de sine stătătoare aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice în structura spitalelor) din spitalele de cronici și de recuperare, care se stabilește astfel:

Secția	Nr. cazuri externate	Tarif mediu pe caz rezolvat	Suma
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL			

d) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabilește astfel:

Numărul de servicii medicale, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat / serviciu medical negociat	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
C1	C2	$C3 = C1 \times C2$
TOTAL	X	

(2) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2007 este de lei.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2007 se defalchează trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I lei,
din care:
 - luna I lei
 - luna II lei
 - luna III lei
- Suma aferentă trimestrului II lei,
din care:
 - luna IV lei
 - luna V lei
 - luna VI lei
- Suma aferentă trimestrului III lei,
din care:
 - luna VII lei
 - luna VIII lei
 - luna IX lei
- Suma aferentă trimestrului IV lei,
din care:
 - luna X lei
 - luna XI lei
 - luna XII lei.

(4) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, 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 fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

(5) 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.

(6) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din secțiile de boli profesionale pentru care nu s-a confirmat caracterul de boala profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 57 alin.(4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale

de sănătate.

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

(7) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage după sine diminuarea valorii de contract după cum urmează:

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

Odată cu prima constatare casele de asigurări de sănătate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate anunță Ministerul Sănătății Publice despre situațiile respective în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 8

Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr., deschis la Trezoreria statului sau în contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 9

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate elaborate în conformitate cu prevederile art.238 și 239 din Legea 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 10

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 11

Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauza specială

ART. 12

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, modificarea și suspendarea contractului

ART. 13

Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) o secție sau unele secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) retragerea, la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar.

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

ART. 14

Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul de servicii medicale se mută din raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

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

d) acordul de voință al părților;

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

ART. 15

Situațiile prevăzute la art. 13 și la art. 14 lit. b) 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. 14 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 16

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

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 17

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. 18

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile art. 7 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 19

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

Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare / documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare / documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 20

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

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii sau, după caz, a instanțelor de judecată.

ART. 21

Hotărârile Comisiei 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

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Președinte - Director general,

Manager,

.....

.....

Director executiv al Direcției Management
și Economică

Directorul medical,

.....

.....

Director executiv al Direcției Planificare,
Dezvoltare, Relații cu Furnizorii

Directorul financiar-contabil,

.....

.....

Directorul de îngrijiri,

.....

Directorul pentru
cercetare-dezvoltare,

.....

Vizat

Compartiment juridic și contencios

I. 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. 8 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

Actul adițional se adaptează conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice.

II. Act adițional

Privind suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu finanțată din fondul asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

Actul adițional se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

III. Contract de furnizare de servicii medicale de hemodializă efectuate în unități sanitare - spitale

Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești. Sumele aferente serviciilor medicale se stabilesc astfel:

Hemodializă pentru insuficiență renală cronică	Nr. bolnavi	Nr. ședințe	Tarif negociat	Suma
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C3 \times C4$
TOTAL				

Pentru hemodializă în insuficiență renală cronică, casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 3 ședințe pe săptămână pe bolnav.

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ DE URGENȚĂ ȘI
TRANSPORT SANITAR

CAP. 1

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 (asistență medicală de urgență "în masă")
- b) Urgențe colective (asistență medicală de urgență colectivă)
- c) Urgențe individuale (asistență 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 membrelor 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 hemoglobina sub 7 g/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. Înece;
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. Stări depresive severe;
49. Stări halucinante delirante;
50. Stări confuzionale;
51. Starea stuporoasă;
52. Ischemie acută periferică;
53. Stările de inconștiență;
54. Dispneea;
55. Durerea toracică anterioară;
56. Tulburările de conducere cu afectarea funcției de pompă;
57. Stările febrile la nou-născut, sugar și copil mic;
58. Solicitățile pentru cazurile preluate din locurile publice;
59. Înțepătura de insecte sau mușcătura de șarpe, cu stare generală alterată.
60. Malformații congenitale ale nou-născutului cu afectarea funcțiilor vitale

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;

14. Corpi străini intraoculari, 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, botulism, boală renală cu stare generală alterată;
23. Agitație psihomotorie sau catatonică;
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 membrilor inferioare;
30. Ciroză hepatică decompensată;

Pentru urgențele medico-chirurgicale de gradul 2 din lista de mai sus pentru care, cel mai probabil, nu este necesar transportul la unitatea sanitară, casele de asigurări de sănătate pot contracta și cu furnizorii privați, consultații de urgență la domiciliu ce vor fi decontate prin tarif pe solicitare negociat.

C. Tipurile de transport decontate de casele de asigurări de sănătate:

I. Transport medical asistat al pacienților:

1. Transportul urgențelor medico-chirurgicale;
2. Transportul bolnavilor cu boli infecto-contagioase;
3. Transportul urgențelor toxicologice voluntare sau involuntare;
4. Transportul urgențelor apărute ca urmare a acțiunii agenților fizici, chimici, naturali (arsuri, înec, îngheț), cu excepția accidentelor de muncă;
5. Transportul urgențelor 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 nedeplasabile: asigurații de orice vârstă cu insuficiență motorie a trenului inferior din orice cauză, insuficiență cardiacă clasa IV-NIHA, bolnavi în fază terminală numai la recomandarea medicului de familie sau a medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate ;
10. Transportul la spital al nou-născutului și al leuzei care a născut la domiciliu;
11. Transportul pacienților internați, transferați la un alt spital;

II. Transport sanitar :

12. Transportul de sânge și derivate, țesuturi și organe precum și transportul primitorului în vederea efectuării transplantului în condiții de urgență de la furnizor/domiciliu către unitatea spitalicească;
13. 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.
14. Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu

III. Transport sanitar neasistat al pacienților:

15. Transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alte județe decât cel de domiciliu al copilului, de la și la domiciliu; transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ - teritorială își au domiciliul copii dializați și unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate din județul de domiciliu.

16. 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;

17. Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

Tipurile de transport sanitar ce pot fi decontate de casele de asigurări de sănătate unităților specializate în efectuarea unor servicii de transport sanitar sunt cele prevăzute la pct. 14, 15, 16 și 17, cu condiția ca acestea să îndeplinească criteriile de autorizare prevăzute de reglementările Ministerului Sănătății Publice, precum și cele de evaluare.

CAP. 2

Pachet minimal de servicii medicale în asistența medicală de urgență și transport sanitar pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A, B și C.

CAP. 3

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 PLATĂ A SERVICIILOR MEDICALE
DE URGENȚĂ ȘI TRANSPORT SANITAR

ART. 1

Serviciile medicale de urgență și transport sanitar prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate cuprinse în anexa nr. 21 la ordin se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale. La contractare se vor avea în vedere următorii indicatori cantitativi:

- numărul de kilometri echivalenți pentru mediul urban, număr de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, numărul de mile marine sau numărul de ore de zbor;
- numărul de solicitări.

(1) Suma contractată de către casele de asigurări de sănătate cu unitățile medicale specializate publice autorizate și evaluate 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 decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 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 – solicitări, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare.

Tariful pe solicitare pentru serviciile efectuate cu mijloace de intervenție/transport aerian și mijloace de intervenție/transport pe apă se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente 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, în limita sumelor aprobate pentru această destinație.

Tariful pe solicitare pentru serviciile efectuate, pe fiecare tip de autovehicul prevăzut la art. 7, 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).

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, în limita sumelor aprobate pentru această destinație.

(2) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și evaluate în efectuarea unor servicii de transport 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 maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8, 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 unităților medicale specializate publice care acordă servicii medicale de urgență și transport medical, eliberează certificate de concediu medical și prescripții medicale cu și fără contribuție personală din partea asiguraților, cu respectarea prevederilor 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, 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

Suma contractată anual de către unitățile medicale specializate publice și unitățile specializate autorizate și evaluate, cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre și pe luni.

ART. 5

(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, în limita sumelor contractate. Trimestrial se face regularizare pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv având în vedere încadrarea în sumele contractate.

(2) În situația în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural (indiferent de tipul autovehiculului folosit), numărul total al milelor marine parcurse, respectiv numărul total al orelor de zbor, realizate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% față de cel contractat) numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(3) În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural (indiferent de tipul autovehiculului folosit), numărul total al milelor marine parcurse, respectiv numărul total al orelor de zbor, realizate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

(4) În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată, (dar nu mai mult de 21% față de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(5) În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate și la tariful negociat.

(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 de urgență și transport sanitar realizate

conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

ART. 6

Serviciile de transport al asiguraților, în vederea efectuării dializei în centrele-pilot, precum și serviciile de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alte județe decât cel de domiciliu al copilului, de la și la domiciliu, se contractează și se decontează distinct din fondul aprobat cu destinația servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală, cu respectarea tuturor condițiilor de contractare și decontare aferente celorlalte servicii de transport sanitar.

ART. 7

Mijloacele specifice de intervenție destinate asistenței medicale de urgență și de transport sanitar:

- a) ambulanță tip C – ambulanță destinată intervenției medicale de urgență la cel mai înalt nivel și transportului medical asistat al pacientului critic;
- b) ambulanță tip B - – ambulanță destinată intervenției de urgență și transportului medical asistat al pacienților;
- c) ambulanțe tip A1, A2 - ambulanțe destinate transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau al mai multor pacienți (A2);
- d) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;
- e) mijloace de intervenție/transport aerian – aeronave pentru intervenții primare sau secundare/transporturi sanitare;
- f) mijloace de intervenție/transport pe apă – ambarcațiuni pentru intervenții primare sau secundare/transporturi sanitare;

ART. 8

Tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate/km echivalent, respectiv km efectiv realizat pentru:

- | | |
|---|----------|
| a) ambulanță tip C și ambulanță tip B | 1,39 lei |
| b) ambulanță tip A1 și A2 | 1,35 lei |
| c) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat | 0,89 lei |

Tarifele de la lit. a) - c) se majorează în perioada de iarnă cu 20% .

Numărul de km echivalenți se stabilește conform reglementărilor legale în vigoare.

ART. 9

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

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar

Părțile contractante

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

și

- Unități medicale specializate publice pentru acordarea de servicii medicale de urgență și transport sanitar,

- Unitate specializată 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. / raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege...., dovada de evaluare nr., codul unic de înregistrare....., contul nr. deschis la Trezoreria statului sau contul nr. deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă pe toată perioada derulării contractului

II. Obiectul contractului

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale de urgență și transport sanitar din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 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: servicii medicale de urgență efectuate la locul accidentului sau al îmbolnăvirii, transportul până la unitatea sanitară, servicii de transport sanitar.

ART. 3

Serviciile medicale de urgență și transport sanitar 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 2007.

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 pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligațiile părților

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu unități medicale specializate publice / unitățile specializate, autorizate și evaluate și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților precum și valoarea de contract;

b) să controleze actele de evidență financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

c) să verifice prescrierea medicamentelor de către unitățile medicale specializate publice în conformitate cu reglementările în vigoare;

d) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de urgență și transport sanitar, la termenele prevăzute în prezentul contract, contravaloarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar contractate, efectuate și raportate, pe baza facturii însoțită de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

e) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”; până la intrarea în funcțiune a „sistemului informatic unic integrat” se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;

f) să monitorizeze numărul serviciilor medicale de urgență și transport sanitar acordate de către furnizorii cu care se află în relații contractuale.

g) să informeze furnizorii de servicii medicale de urgență și transport sanitar, asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

h) să informeze furnizorii de servicii medicale de urgență și transport sanitar asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

i) să efectueze controlul serviciilor medicale de urgență și transport sanitar acordate asiguraților conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale de urgență și transport sanitar;

j) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

k) să deconteze unităților medicale specializate publice/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 asiguraților în luna precedentă, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele negociate și contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate pe baza facturii și a documentelor însoțitoare;

l) să deconteze unităților medicale specializate publice/unităților specializate serviciile medicale de urgență și transport sanitar acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale de urgență și transport sanitar are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de urgență și transport sanitar furnizate; în conformitate cu prevederile art.238 și 239 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament;

b) să informeze asigurații despre pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligațiile furnizorului de servicii medicale de urgență și transport sanitar în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și obligațiile asiguratului referitor la actul medical;

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

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar; factura va fi însoțită de desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru cetățenii titulari ai cardului european și pentru cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect și la zi toate documentele privind evidentele obligatorii din sistemul informațional al Ministerului Sănătății Publice cu datele corespunzătoare activității desfășurate;

g) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

h) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate; furnizorilor li se recomandă participarea la acțiunile de informare organizate de casele de asigurări de sănătate și de autoritățile de sănătate publică;

-i) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fără contribuție personală care se aproba prin hotărâre a Guvernului, conform specializării și în concordanță cu diagnosticul;

j) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală ori de câte ori se solicită;

k) să acorde servicii medicale de urgență și transport sanitar asiguraților fără discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

l) să acorde cu prioritate asistenta medicala femeii gravide;

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

n) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat, după caz;

o) să respecte protocoalele de practică elaborate conform dispozițiilor legale

p) să acorde îngrijiri medicale de urgență și transport sanitar, în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la locul accidentului și până la rezolvarea stării de urgență, în limita competențelor, cu respectarea criteriilor de calitate elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

q) să asigure prezența personalului medico-sanitar, conform legii;

r) să informeze unitatea sanitară la care transportă pacientul despre investigațiile și tratamentele efectuate;

s) să elibereze adeverințe medicale de urgență, certificate constatatoare de deces, prescripții medicale, după caz, conform normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

t) să asigure servicii medicale de urgență utilizând mijlocul de transport adecvat și echipamentul corespunzător situației respective;

u) să introducă monitorizarea apelurilor;

v) să raporteze lunar în format electronic casei de asigurări de sănătate, la nivelul căreia funcționează „sistemul informatic unic integrat”, denumirile comune internaționale din lista medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu, pe CNP;

x) să acorde de la data aderării României la Uniunea Europeană, asistență medicală necesară titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

VI. Modalități de plată

ART. 8

Plata serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face pe baza următorilor indicatori:

a) număr de km echivalenți parcurși (dus-întors) în mediul urban;

b) număr de km efectiv realizați în mediul rural;

c) număr de ore de zbor;

d) număr de mile marine parcurse;

e) tarif negociat pe km parcurs/milă parcursă/oră 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=C2xC4+C3xC4
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. 22 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

Tipul ambarcațiunii	Număr de mile marine parcurse	Tarif/milă marină negociat	Suma
Total:		X	

Tipul aeronavei	Număr de ore de zbor	Tarif/oră de zbor negociat	Suma
Total:		X	

Tipuri / mijloace specifice de intervenție	Nr. solicitări pe tip de mijloc specific de intervenție	Tarif/solicitare negociat	Suma contractată
C1	C2	C3	C4=C2xC3
Total:		X	

Decontarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face conform art. 5 - 6 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 9

Suma contractată aferentă serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se defalchează pe trimestre și pe luni.

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 de urgență și a serviciilor de transport sanitar acordate asiguraților în luna precedentă, conform indicatorilor specifici, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

(3) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările și decontările, ținându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați.

(4) În situația în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural (indiferent de tipul autovehiculului folosit), numărul total al milelor marine parcurse, respectiv numărul total al orelor de zbor, realizate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar

nu mai mult de 21% față de cel contractat) numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(5) În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural (indiferent de tipul autovehiculului folosit), numărul total al milelor marine parcurse, respectiv numărul total al orelor de zbor, realizate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

(6) În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată (dar nu mai mult de 21% față de solicitările contractate), cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(7) În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate și la tariful negociat.

ART. 11

Plata serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face în contul nr. deschis la Trezoreria statului sau în contul nr., deschis la Banca, la data de

VII Calitatea serviciilor medicale

ART. 12

Serviciile medicale de urgență și transport sanitar furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate elaborate în conformitate cu prevederile art.238 și 239 din Legea nr.95/2006 cu modificările și completările ulterioare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 13

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 14

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de urgență și transport sanitar cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauza 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 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 și rezilierea contractului

ART. 16

Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților medicale specializate prevăzute în prezentul contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage după sine diminuarea valorii prezentului contract după cum urmează :

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

ART. 17

Contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) furnizorul de servicii medicale de urgență și transport sanitar se mută din raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de urgență și transport sanitar sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal.

ART. 18

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

- a) – expirarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia;
- b) – pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului ;

ART. 19

Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 lit. b) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

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 lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 21

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 intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale de urgență și transport sanitar, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 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 bine cu puțință spiritului contractului.

Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare / documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare / documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 24

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

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii sau, după caz, a instanțelor de judecată.

ART. 25

Hotărârile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
DE URGENȚĂ ȘI TRANSPORT SANITAR

Președinte - Director general,
.....
Director executiv al Direcției Management
și Economică
.....

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției Planificare,
Dezvoltare, Relații cu Furnizorii
.....

Vizat
Compartiment juridic și contencios

ANEXA 24

PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

- LEI -

Nr. crt.	SERVICIU DE ÎNGRIJIRE MEDICALĂ LA DOMICILIU	TARIF
1	Monitorizarea parametrilor fiziologici: temperatură + respirație	1,15
2	Monitorizarea parametrilor fiziologici: puls + TA	1,15
3	Monitorizarea parametrilor fiziologici: diureză + scaun	0,84
4	Administrarea medicamentelor intramuscular */subcutanat*/ intradermic*/oral**/pe mucoase**	2,40
5	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*	3,80
6	Sondaj vezical la femei și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală	3,14
7	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă sub supravegherea medicului*	8,67
8	Recoltarea produselor biologice	3,14
9	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică și educarea asiguratului/aparținătorilor	4,70
10	Alimentarea pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție	5,54
11	Clismă cu scop evacuator	2,82
12	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor	2,82
13	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor	6,27
14	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: schimbarea poziției, tapotaj, fizioterapie respiratorie	5,54
15	Îngrijirea plăgilor simple/suprimarea firelor	5,54
16	Îngrijirea plăgilor suprainfectate	7,84
17	Îngrijirea escarelor multiple	7,84
18	Îngrijirea stomelor	4,70
19	Îngrijirea fistulelor	5,54
20	Îngrijirea tubului de dren	4,70
21	Îngrijirea canulei traheale și instruirea asiguratului	4,70
22	Monitorizarea dializei peritoneale	4,70
23	Aplicarea** de ploscă, bazinet, condom urinar	3,14
24	Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbția urinei ***	5,00

* În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.

** Pentru pacienții total dependenți sau parțial dependenți.

*** În tariful serviciului este inclus costul mijlocului ajutător pentru absorbția urinei. Se decontează maximum 2 mijloace ajutătoare pentru absorbția urinei /zi pentru asigurații total dependenți sau parțial dependenți.

NOTĂ:În tarife sunt incluse și costurile materialelor sanitare utilizate pentru realizarea serviciului de îngrijire 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 furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii, pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alții decât medicii de familie și spitalele, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ținând seama de starea de sănătate a asiguratului și de gradul de dependență al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și de către medicii de specialitate la externarea asiguraților din spitale, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa nr. 27 la ordin, în funcție de patologia bolnavului și gradul de dependență al acestuia. Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate recomandă îngrijiri medicale la domiciliu pentru asigurații aflați în fază terminală ca urmare a unor afecțiuni oncologice sau AVC. În funcție de gradul de dependență, bolnavul poate fi:

a) total dependent - pacientul care nu poate îndeplini trei sau mai multe activități zilnice de bază fără ajutorul altei persoane și are nevoie de îngrijire medicală;

b) parțial dependent - pacientul care nu poate îndeplini cel puțin două activități zilnice de bază fără ajutorul altei persoane și din cauza stării de sănătate are nevoie de îngrijire medicală;

c) independent - pacientul care îndeplinește activitățile zilnice de bază fără ajutorul altei persoane dar care, datorită afecțiunii cronice 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 depun de către asigurat, de către unul dintre membrii de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică), de o persoană împuternicită de acesta sau aparținătorul legal al acestuia la casa de asigurări de sănătate la care se află în evidență asiguratul, 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.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu este de 5 zile calendaristice de la data emiterii acesteia.

(4) Cererea și recomandarea primită de către casa de asigurări de sănătate sunt analizate de către aceasta într-un interval de 24 de ore de la data depunerii și este aprobată în limita sumei prevăzute pentru această destinație. La analiza cererilor și recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare și gradul de dependență al asiguratului. Casa de asigurări de sănătate este obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poștă sau direct asiguratului / aparținătorului, răspunsul la cerere în termen de maximum 24 de ore de la data luării deciziei. Casa de asigurări de sănătate va verifica și numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu de care a beneficiat asiguratul respectiv în ultimele 11 luni, astfel încât să nu se depășească numărul de zile prevăzut la art. 2 alin. (2).

(5) Asiguratul, unul dintre membrii de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau aparținătorul legal, pe baza cererii aprobate de casa de asigurări de sănătate se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, aflat în relații contractuale cu casa 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. 24 la ordin.

(2) Perioada pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu" dar nu mai mult de 56 zile calendaristice/an în una sau mai multe etape (seturi de îngrijire). Fiecare set nou de îngrijire se recomandă utilizând o nouă foaie de recomandare.

ART. 3

Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și 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 ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale acordate, data și ora la care acestea au fost efectuate, semnătura asiguratului, a unuia dintre membrii de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică), a persoanei împuternicite de acesta sau a aparținătorului legal, care confirmă efectuarea acestor servicii, semnătura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum și evoluția stării de sănătate.

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 medicale și desfășurătorul în primele 5 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 realizat lunar în limita celor aprobate de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat și de tariful pe serviciu de îngrijiri medicale la domiciliu valabil la data emiterii aprobării.

ART. 6

Casele de asigurări de sănătate și autoritățile 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.

**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 furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu:

reprezentat prin: Certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale/actul de înființare sau organizare nr., cu autorizație sanitară de funcționare nr. / raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege....., dovada de evaluare nr., Persoana fizică cu dovada de evaluare 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 unic de înregistrare..... cod numeric personal....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă pe toată durata derulării contractului.....

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 pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 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. 24 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 3

(1) Furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către :

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 2007.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, autorizați și evaluați și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților;

b) să controleze actele de evidență financiar - contabile a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

c) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, la termenele prevăzute în prezentul contract, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu contractate efectuate și raportate, pe baza facturii însoțită de copiile fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu și de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

d) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”; până la intrarea în funcție a „sistemului informatic unic integrat” se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;

e) să monitorizeze numărul serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate de către furnizorii cu care se află în relații contractuale;

f) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

g) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu asupra condițiilor de furnizare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

h) să efectueze controlul serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților, conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

i) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau după caz, să comunice furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, procesele verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

j) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

B. Obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu

ART. 7

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament.

b) să informeze asigurații despre serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu cuprinse în pachetul de servicii de bază, obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate precum și obligațiile asiguratului referitor la actul medical;

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

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu; factura va fi însoțită de copiile fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu și de desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, care cuprind și codul numeric personal al asiguraților care au beneficiat de serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu raportate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru cetățenii titulari ai cardului european, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și se pun la dispoziția furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

e) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat a furnizorului;

f) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale în vigoare.

g) să respecte programul conform planului de îngrijiri medicale la domiciliu conform recomandărilor făcute de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale;

h) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

i) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate; furnizorilor li se recomandă participarea la acțiunile de informare organizate de casele de asigurări de sănătate și de autoritățile de sănătate publică.

j) să acorde servicii de îngrijiri medicale la domiciliu asiguraților fără nici o discriminare, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

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

l) să acorde de la data aderării României la Uniunea Europeană, asistență medicală necesară titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

n) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu numai pe baza biletelor de recomandare eliberate de medicii din unitățile sanitare - furnizori de servicii medicale, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; medicii de specialitate care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați sau administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

o) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată;

p) să comunice direct atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia;

q) să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale furnizate la domiciliul asiguratului, privind tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

r) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a

fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea îngrijirii medicale la domiciliu, și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin H.G. nr. 1842/2006.

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. 24 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

(2) Tariful pe serviciu de îngrijire medicală la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 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 în primele 5 zile lucrătoare 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 a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile art. 238 și art. 239 din Legea 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu 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. 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, rezilierea și suspendarea contractului

ART. 14

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se reziliază de plin drept, la data producerii următoarelor situații:

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

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

(2) 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 următoarelor situații:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, de la încetarea termenului de valabilitate a acestora, de la data încetării valabilității dovezii de evaluare a furnizorului;

b) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de copiile fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu și a desfășurătoarelor privind activitățile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

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

d) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 lit. a), c), h), l), m), n), o), p), q) precum și la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

e) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 7 lit. e), f), i), j), k);

f) la a patra constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. b)

ART. 15

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

a) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se mută din raza administrativ - teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

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

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu 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. 16

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

situații :

a) – expirarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia;

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

ART. 17

Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 15 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. 15 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 18

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

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare calendaristice din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante modificările survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 19

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile 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. 20

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

ART. 21

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.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 22

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

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj, care le va soluționa potrivit legii sau, după caz, a instanțelor de judecată.

ART. 23

Hotărârile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIV. 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 executiv al Direcției Management
și Economică
.....

Director executiv al Direcției Planificare,
Dezvoltare, Relații cu Furnizorii
.....

Vizat
Compartiment juridic și contencios

ANEXA 27

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate/unitatea sanitară cu paturi (spitalul)

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

RECOMANDARE PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

1. Numele și prenumele asiguratului .....	.....
2. Domiciliul .....	.....
3. Codul numeric personal al asiguratului .....	.....
4. Diagnosticul medical și gradul de dependență .....	.....
.....
5. Servicii de îngrijiri medicale recomandate: (din anexa nr.24 la ordin)	periodicitate/ritmicitate
a) .....	.....
b) .....	.....
c) .....	.....
d) .....	.....
6. Perioada pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu*):	.....
7. Numele medicului .....	.....
8. Codul medicului .....	.....
Ștampila secției din care se externează asiguratul și semnătura șefului de secție	Ștampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate
Data	Data
Semnătura și parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat	Semnătura și parafa medicului din ambulatoriul de specialitate
.....

*) Nu poate fi mai mare de 56 de zile calendaristice/an în una sau mai multe etape (seturi de îngrijire).

CONDIȚIILE ACORDĂRII ASISTENȚEI MEDICALE DE RECUPERARE – REABILITARE 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 - reabilitare prin ordin al ministrului sănătății publice;
- c) nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor stabilit prin ordin al ministrului sănătății publice;
- 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 pe anul 2006.

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare încheiat de casele de asigurări de sănătate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, și preventoriile se stabilește prin negociere astfel:

Număr de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare

- a) numărul de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor.
- b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare sanatoriu/preventoriu în funcție de particularitățile aferente fiecăruia.

Pentru sanatoriile balneare, suma contractată și decontată de casele de asigurări de sănătate, este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților.

Contribuția personală a asiguraților reprezintă 30 - 35% din tariful/zi de spitalizare, în funcție de tipul de asistență balneară și de durata tratamentului:

Tipul de asistență balneară	Durata*)	Contribuția asiguratului
1. Asistență balneară terapeutică (cu trimitere medicală)	18 - 21 de zile	35% din tariful/zi de spitalizare
2. Asistență balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)	21 - 30 de zile	30% din tariful/zi de spitalizare

*) Duratele de spitalizare mai mari de 21, respectiv 30 de zile, se suportă în întregime de către asigurați. Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale și pentru durate mai mici de 18, respectiv 21 de zile, conform aceluiași procent. Contribuția asiguratului se încasează de către sanatorii, care eliberează chitanță fiscală pentru această contribuție, și reprezintă venit propriu al unității sanitare.

Pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în alte sanatorii decât cele balneare și în preventorii nu se percepe contribuție din partea asiguraților.

ART. 2

Decontarea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare 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

Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiționat și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilită prin acte normative. Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, și cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 4

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 fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

ART. 5

Pentru spitalele de recuperare și secțiile/compartimentele de recuperare din cadrul unor spitale, contractarea și decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare se fac în condițiile stabilite în anexa nr. 17 la ordin, din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

ART. 6

Casele de asigurări de sănătate și autoritățile 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-reabilitare a sănătății, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare-reabilitare, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate
de recuperare – reabilitare a sănătății
(pentru sanatorii și preventorii)

I. Părțile contractante

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

și

Sanatoriul/Preventoriul având sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., județul/sectorul, telefon fax reprezentat prin, cu actul de înființare sau de organizare nr., autorizație sanitară de funcționare nr. /raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, dovada de evaluare nr. /....., cod unic de înregistrare nr. cont nr. deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor cât și pentru personalul medico-sanitar angajat (valabilă pe toată perioada de derulare a contractului),

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare- reabilitare a sănătății, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare - reabilitare a sănătății acordate în sanatorii și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ART. 2

Serviciile medicale de recuperare - reabilitare a sănătății în sanatorii și preventorii se acordă în baza recomandărilor pentru tratament de recuperare - reabilitare de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare.

IV. Durata contractului

ART. 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2007.

ART. 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligațiile părților

ART. 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sănătății, autorizați și evaluați și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților precum și valoarea de contract;

b) să controleze actele de evidență financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

c) să verifice prescrierea medicamentelor de către furnizorii de servicii medicale de recuperare - reabilitare, în conformitate cu reglementările în vigoare, la externarea asiguraților;

d) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare - reabilitare, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare contractate efectuate și raportate, pe baza facturii însoțită de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

e) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”; până la intrarea în funcțiune a „sistemului informatic unic integrat” se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;

f) să monitorizeze numărul serviciilor medicale de recuperare - reabilitare acordate de către furnizorii cu care se află în relații contractuale;

g) să informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare - reabilitare asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

h) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale de recuperare- reabilitare și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

i) să efectueze controlul serviciilor medicale de recuperare-reabilitare, conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;

j) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare, procesele verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

k) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare - reabilitare cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul,

l) să deconteze în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale de recuperare-reabilitare realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

m) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

ART. 6

Furnizorul are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de recuperare - reabilitare furnizate și a activității desfășurate, elaborate în conformitate cu prevederile art.238 și 239 din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament;

b) să informeze asigurații despre pachetul de servicii de bază, obligațiile furnizorului de servicii medicale de recuperare - reabilitare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate precum și obligațiile asiguratului referitor la actul medical ;

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

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare ; factura va fi

însoțită de desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cetățenii titulari ai cardului european, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an, conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare;

e) să raporteze casei de asigurări de sănătate și autorității de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de recuperare - reabilitare, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect și la zi toate documentele privind evidențele obligatorii din sistemul informațional al Ministerului Sănătății Publice cu datele corespunzătoare activității desfășurate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h) să respecte programul de lucru pe care să-l afișeze la loc vizibil și să-l comunice casei de asigurări de sănătate și autorității de sănătate publică;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

j) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate; furnizorilor li se recomandă participarea la acțiunile de informare organizate de casa de asigurări de sănătate și de autoritatea de sănătate publică;

k) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală care se aproba prin hotărâre a Guvernului, conform specializării; medicamentele prescrise trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul;

l) să acorde servicii medicale de recuperare - reabilitare asiguraților fără nici o discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

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

n) să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

o) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

p) 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;

q) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală trimisă direct, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia;

r) să furnizeze servicii medicale de recuperare - reabilitare asiguraților fără nici o discriminare, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

s) să nu încaseze de la asigurați contribuție personală pentru serviciile medicale de recuperare - reabilitare furnizate care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor și condițiilor prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile

acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

- t) să respecte protocoalele de practică elaborate conform dispozițiilor legale ;
- u) să raporteze lunar în format electronic casei de asigurări de sănătate, la nivelul căreia funcționează „sistemul informatic unic integrat” denumirile comune internaționale din lista medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu, pe CNP;
- v) să acorde de la data aderării României la Uniunea Europeană, asistență medicală necesară titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;
- x) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu „sistemul informatic unic integrat” caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;
- y) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide;
- z) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale;

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.

(3) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage după sine diminuarea valorii de contract după cum urmează:

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

Odată cu prima constatare a cazelor de asigurări de sănătate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate anunță Ministerul Sănătății Publice despre situațiile respective în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 8

(1) Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

(2) Lunar până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale în baza facturii și a desfășurătoarelor activităților realizate conform indicatorilor specifici și în limita sumelor contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

ART. 9

Plata serviciilor medicale de recuperare - reabilitare se face în contul nr. deschis la Trezoreria statului.

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare

ART. 10

Serviciile medicale de recuperare - reabilitare furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate elaborate în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea nr.95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11

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

ART. 12

Reprezentantul legal al unității sanitare de recuperare-reabilitare cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 13

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, modificarea și suspendarea contractului

ART. 14

Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

- a) o secție sau unele secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;
- b) retragerea autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar.
- c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului.

ART. 15

Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare încheiat cu casa de asigurări de sănătate, încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

- a) furnizorul de servicii medicale de recuperare - reabilitare se mută din raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare - reabilitare sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal.

ART. 16

Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 15 lit. b) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 15 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 17

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

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare calendaristice 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. 18

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. 19

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală de recuperare - reabilitare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 20

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

Dacă expiră termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare / al documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 21

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

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii sau după caz, a instanțelor de judecată.

ART. 22

Hotărârile Comisiei 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,
.....
Director executiv al Direcției Management
și Economică
.....

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției Planificare,
Dezvoltare, Relații cu Furnizorii
.....

Vizat
Compartiment juridic și contencios

**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.

Prescripția medicală este document cu regim special și se întocmește în 3 exemplare, dintre care două exemplare (originalul și o copie) se depun de asigurat la farmacie și al treilea exemplar rămâne în carnet la medicul care a eliberat prescripția. Toate datele vor fi înscrise lizibil, fără modificări, ștersături sau adăugări. În cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată.

(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 maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscriși în lista unui medic de familie. Medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii din cabinetele școlare și studentești, medicii din căminele de bătrâni și medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul de convenție este cel prevăzut în anexa nr. 36.

(3) Medicii din cadrul unităților medicale specializate publice care acordă servicii medicale de urgență și transport medical prescriu medicamente în tratamentul ambulatoriu 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, ca urmare a serviciului medical de urgență acordat.

(4) Prescripțiile medicale aferente medicamentelor fără contribuție personală se eliberează în următoarele situații:

a) pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravide și lehuze, tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începutul anului universitar dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor titlul VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

b) pentru bolile care beneficiază de gratuitate conform prevederilor legale în vigoare elaborate de Ministerul Sănătății Publice 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 privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 2

(1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de 3 - 5 zile în afecțiuni acute, de 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, cu excepția

bolnavilor cu diabet zaharat, pentru care perioada poate fi de până la 90 de zile. 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 maximum 48 de ore.

ART. 3

Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, iar pentru bolnavii incluși în subprogramele din cadrul programului național cu scop curativ finanțate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, numărul medicamentelor prescrise este în concordanță cu schema terapeutică. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre și litere.

ART. 4

(1) Prescripția medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informațiile solicitate în formularul de prescripție medicală cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui CNAS.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic prevăzute în formularul de prescripție medicală cu regim special, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate cu excepția situațiilor prevăzute la art. 94 lit. c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 5

În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici conform specializării. Excepție fac medicii de familie care pot prescrie medicamente și pentru situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală, precum și situațiile în care medicul de familie a prescris medicamente cu și fără contribuție personală la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală.

Prescrierea medicamentelor corespunzătoare denumirilor comune internaționale - DCI prevăzute la grupa de boală cronică diabet zaharat și boli de nutriție – G21*) de către medicii de familie și medicii desemnați se face numai dacă în scrisoarea medicală este prevăzut numărul de înregistrare al asiguratului, cu care acesta este luat în evidență la nivelul unității județene de diabet zaharat. Medicii din spitale au dreptul de a prescrie asiguraților, la externare, medicamente în limita specialității și a consultațiilor interdisciplinare evidențiate în foaia de observație.

ART. 6

Prescripțiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele constituie documente financiar-contabile, conform cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

ART. 7

(1) Eliberarea medicamentelor se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care farmacia respectivă are contract cu casa de asigurări de sănătate cu care se află în contract medicul prescriptor. 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.

(2) În situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri / medicamente cuprinse în prescripția

medicală, acestea se anulează, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective.

(3) Înscrisura prețurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist numai pentru medicamentele eliberate, pe toate exemplarele prescripției medicale.

(4) 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. 8

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. 9

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), elaborată pe baza Listei cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală aprobată prin hotărâre de guvern .

ART. 10

(1) Farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidente distincte pentru fiecare sublistă. 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, respectiv al titularului de card european. Farmaciile întocmesc un borderou centralizator distinct pentru DCI-urile prevăzute în grupa de boală diabet zaharat și boli de nutriție - G 21*). Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidente distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor corespunzătoare DCI –urilor prevăzute la grupa de boală cronică diabet zaharat și boli de nutriție - G 21*).

(2) Borderourile se întocmesc în 2 exemplare, specificându-se suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi cu sumele totale ce urmează să fie decontate de către casele de asigurări de sănătate.

ART. 11

Stabilirea valorii contractului la farmaciile care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate se efectuează astfel:

1. Valoarea de contractare ce revine pentru fiecare farmacie care intră în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate are în vedere 85 % din valoarea fondului aprobat la nivelul casei 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 grupele de boli cronice prevăzute la lit. c) și cele prevăzute la pct. 2 a).

Suma astfel obținută se defalcă după cum urmează:

a) 80%, care se repartizează de casa de asigurări de sănătate pe farmacii, astfel:

$C_{mz} \times \text{nr. zilele calendaristice din anul 2007 pentru care farmacia încheie contract} \times k$

unde:

k - factor de corecție

k = raportul dintre 80% din suma calculată ca diferență între 85% din valoarea fondului aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate pentru consumul de medicamente cu și fără contribuție personală în

tratamentul ambulatoriu și cota aferentă contravalorii medicamentelor pentru grupele de boli cronice prevăzute la lit. c) și cele prevăzute la pct. 2 a) și $\sum (C_{mz} \times \text{nr. zile calendaristice din anul 2007 pentru care farmacia încheie contract})$

C_{mz} - consumul mediu zilnic al farmaciei în semestrul II al anului 2006

Consumul mediu zilnic pentru fiecare farmacie se stabilește ca raport între valoarea de contract pentru semestrul II 2006 pentru eliberarea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu altele decât medicamentele prescrise pentru tratamentul grupelor de boli cronice prevăzute la lit. c) și la punctul 2 lit. a) și numărul de zile calendaristice din semestrul II 2006 corespunzător perioadei pentru care a fost în contract cu casa de asigurări de sănătate;

Pentru farmaciile noi care nu au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent consumul mediu zilnic este egal cu consumul mediu zilnic cel mai mic dintre consumurile medii zilnice aferente tuturor farmaciilor aflate în contract cu casa de asigurări de sănătate în semestrul II 2006 din urban/rural, în funcție de mediul în care își desfășoară activitatea farmacia respectivă.

b) 20%, care se repartizează de casa de asigurări de sănătate pe farmacii, în funcție de punctajul obținut de fiecare farmacie, punctaj acordat după cum urmează:

- b1) un farmacist 1,5 puncte
- b2) un asistent de farmacie 0,5 puncte

Un farmacist și un asistent de farmacie se punctează pentru activitatea desfășurată într-o singură farmacie. În situația în care un farmacist sau un asistent de farmacie își desfășoară activitatea în mai multe farmacii, acesta își va exprima în scris opțiunea pentru farmacia care urmează să beneficieze de punctajul stabilit la lit. b1) și b2);

- b3) pentru fiecare punct de lucru din mediul rural 0,20 puncte pentru
al unei farmacii, înființat conform prevederilor fiecare zi de
legale în vigoare, în localitățile în care nu funcționare/
funcționează o farmacie săptămână

Programul de funcționare pentru fiecare punct de lucru va fi afișat obligatoriu la punctul de lucru și va fi stipulat în contractul dintre farmacie și casa de asigurări de sănătate;

b4) pentru fiecare farmacie care asigură continuitatea (funcționează de luni până vineri, inclusiv sâmbăta, duminica și sărbătorile legale), cu respectarea obligației privind prezența farmacistului în farmacie, se acordă câte 0,5 puncte pentru fiecare dintre situațiile de mai jos:

- funcționează de luni până vineri + sâmbătă;
- funcționează de luni până vineri + duminică;
- funcționează de luni până vineri + sărbătorile legale.

Dacă farmaciile cumulează două, respectiv trei dintre situațiile de mai sus, se acordă 1 punct, respectiv 1,5 puncte;

- b5) pentru fiecare farmacie care asigură continuitate 2,5 puncte
și program de permanență (non-stop), cu
respectarea obligației privind prezența
farmacistului în farmacie

Valoarea unui punct se obține împărțind suma prevăzută la lit. b) la numărul total de puncte corespunzătoare tuturor farmaciilor.

Suma destinată unei farmacii se obține prin înmulțirea numărului de puncte aferent farmaciei respective cu valoarea unui punct.

În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare farmacie scad sub nivelul inițial și farmaciile aduc la cunoștință caselor de asigurări de sănătate aceste situații, cu 15 zile lucrătoare înaintea datei de la care se dorește modificarea pentru situațiile prevăzute la lit. b3), b4) și b5) și în termen de maximum 15 zile lucrătoare de la data la care s-a produs modificarea pentru situațiile prevăzute la lit. b1) și b2), suma stabilită conform lit. b1) - b5) se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract.

Neanunțarea acestor situații și constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind

nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

c) eliberarea medicamentelor corespunzătoare DCI-uri aferente următoarelor grupe de boli cronice (boli psihice - G15*), demențe - G16*), bolnavi cu proceduri intervenționale percutante numai după implantarea unei proteze endovasculare - stent - G3*), leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne - G10*), precum și celorlalte DCI-uri aferente grupelor de boli cronice prevăzute la punctul 2a), se face prin acele farmacii selecționate ca urmare a negocierii adaosului comercial.

Adaosul comercial acceptat de casele de asigurări de sănătate în negocierea cu farmaciile este egal cu adaosul comercial oferit cel mai mic și este egal pentru toate grupele de boli cronice, distinct pe mediul urban și rural.

Suma aferentă contravalorii medicamentelor se repartizează conform prevederilor de la lit. a) și b), farmaciilor selecționate.

d) În situația în care la unele farmacii se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate ca urmare a eliberării de medicamente cu și fără contribuție personală, altele decât cele de la punctul 2 lit. a), față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunara contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii și sumele rezultate din diminuările de la lit. b) vor fi contractate printr-un act adițional, la farmaciile la care în aceeași luna adresabilitatea crescută a dus la epuizarea sumei contractate. Sumele din actul adițional se utilizează pentru eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală pentru perioada următoare datei de la care s-a semnat actul adițional.

Sumele rezultate din economii și sumele rezultate din diminuările de la lit. b) se repartizează în funcție de consumul mediu zilnic și numărul de zile din luna anterioară pentru care farmacia nu a mai avut valoare de contract pentru eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală. Consumul mediu zilnic se stabilește ca raport între valoarea lunara de contract și numărul de zile din luna respectivă în care s-au eliberat medicamente cu și fără contribuție personală.

e) În situații justificate farmaciile pot elibera medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu peste valoarea lunară prevăzută în contract, în limita a maximum 5%, cu condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii pentru eliberarea medicamentelor din luna următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru anul 2007.

Această prevedere se aplică corespunzător și pentru art. 12 alin.(2) în cazul medicamentelor cu și fără contribuție personală pentru care nu se stabilește valoare orientativă.

2. a) Eliberarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul următoarelor grupe de boli cronice: hepatită cronică de etiologie virală cu HVB și HCV - G4*), ciroză hepatică - G7*), poliartrită reumatoidă și artropatia psoriazică - G18*), spondilită anchilozantă - G19*), acromegalia – tumori hipofizare cu expansiune suprasupraselară – G22*), boala Gaucher - G29*), 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.

Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale cu farmaciile selecționate cu care au negociat adaosul comercial cel mai mic și distinct pentru fiecare grupă de boli cronice, distinct pe mediul urban și rural.

Valoarea actului adițional este orientativă și se repartizează în mod egal la toate farmaciile selecționate în limita sumelor aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate. Actul adițional de adaptează după modelul de contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări de sănătate și valoarea orientativă a acestuia nu intră în valoarea totală de contract a farmaciei.

b) Pentru eliberarea medicamentelor asigurații se vor adresa la una dintre farmaciile selecționate ca urmare a negocierii adaosului comercial. Lista farmaciilor selecționate va fi pusă la dispoziția asiguraților

de casa de asigurări de sănătate odată cu aprobarea medicamentelor aferente grupei/grupelor de boli cronice dată de comisia/comisiile constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

3. eliberarea medicamentelor pentru tratamentul bolilor cronice prevăzute la pct. 1 lit. c) și pct. 2 lit. a) se va face prin farmaciile selecționate după caz, de către casele de asigurări de sănătate județene și a Municipiului București, Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, ca urmare a negocierii adaosului comercial. Negocierea adaosului comercial se face în ședință deschisă, la care participă toți reprezentanții legali ai farmaciilor care doresc să elibereze medicamente gratuite pentru bolile cronice prevăzute la pct. 1 lit. c) și pct. 2 lit. a).

La nivelul Casei de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și al Casei de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, eliberarea medicamentelor pentru tratamentul bolilor cronice prevăzute mai sus se va face prin farmaciile selecționate în urma depunerii la sediul acestor case de asigurări de sănătate a ofertelor scrise privind nivelul adaosului comercial.

Deschiderea ofertelor se face în prezența reprezentanților legali ai furnizorilor de medicamente sau în prezența reprezentanților Colegiului Farmaciștilor din România pentru Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului.

Adaosul comercial care se va negocia va fi cuprins între 1-6% aplicat la valoarea prețului cu ridicata.

4. Eliberarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul grupei de boală cronică diabet zaharat și boli de nutriție - G 21*) se face prin farmaciile care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și încheie în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Suma aprobată la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se repartizează în mod egal la farmacii, stabilindu-se în acest sens o valoare orientativă a actelor adiționale.

Actul adițional se adaptează după modelul de contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și valoarea orientativă a acestuia nu intră în valoarea totală de contract a farmaciei.

5. Pentru echilibrarea repartizării sumelor pe farmacii în funcție de adresabilitate și pentru rezolvarea situațiilor concrete ivite în asigurarea tratamentului cu medicamente în ambulator, casele de asigurări de sănătate analizează aceste situații și, sub responsabilitatea președinților-directori generali, repartizează prin acte adiționale diferența de 15% din fondul aprobat cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate ce nu a fost contractată, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la medicamentele cu și fără contribuție personală până la sfârșitul anului.

*) Grupele de boli cronice sunt cele stabilite potrivit Hotărârii Guvernului nr. 1841/2006 .

ART. 12

(1) Fondurile aprobate cu destinația de consum de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, altele decât cele care au stat la baza stabilirii valorii inițiale din contractele încheiate cu farmaciile, inclusiv cele prevăzute la art. 11 pct. 5 vor fi repartizate de casele de asigurări de sănătate prin acte adiționale distincte la contractele inițiale, în funcție de consumul mediu zilnic și numărul de zile din luna anterioară pentru care farmacia nu a mai avut valoare de contract pentru eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală. Consumul mediu zilnic se stabilește ca raport între valoarea lunara de contract și numărul de zile din luna respectiva în care s-au eliberat medicamente cu și fără contribuție personală.

Valoarea actului adițional la contractul inițial va avea în vedere eliberarea medicamentelor pentru perioada următoare datei de la care s-a semnat actul adițional

(2) Nu se încheie acte adiționale cu farmaciile care se găsesc în una dintre situațiile de mai jos:

a) farmaciile care nu și-au respectat obligațiile privind eliberarea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în limita valorii lunare de contract, raportată la luna-anterioară, nu vor intra în calcul la repartizarea fondurilor aprobate cu destinația de consum de medicamente, altele decât cele care au stat la baza stabilirii valorii inițiale de contract, cu excepția:

1. farmaciilor la care depășirea este de maximum 5% față de luna anterioară;

2. farmaciilor la care depășirea este de maximum 20% față de luna anterioară, dacă acestea reprezintă unicul furnizor într-o localitate/zonă, astfel încât să poată fi asigurat accesul la medicamentele cu și fără contribuție personală al asiguraților în localitatea/zona respectivă. Aceste farmacii se stabilesc de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai autorităților de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale farmaciștilor. Pentru cazurile excepționale stabilite de comisia sus-menționată și înaintate la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, se poate accepta o depășire mai mare de 20%.

La stabilirea procentului de depășire a valorii lunare de contract nu se ia în calcul valoarea actului / actelor adiționale încheiat / încheiate între farmacii și casele de asigurări de sănătate pentru medicamentele eliberate pentru grupele de boli cronice la care s-a stabilit valoare de contract orientativă.

Excepțiile prevăzute la pct. 1 și 2 se aplică numai pentru selecția farmaciilor cu care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale; sumele corespunzătoare depășirii de maximum 5%, respectiv de maximum 20%, după caz, și peste 20% nu fac obiectul cuprinderii în angajamentele legale și în plăți. În acest sens reprezentanții legali ai farmaciilor aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate depun o declarație cu privire la încadrarea în limita valorii lunare de contract sau procentul de depășire a acesteia. Reprezentanții legali răspund de exactitatea și realitatea datelor cuprinse în declarație;

b) farmaciile la care pe parcursul derulării contractelor s-a constatat că elementele care au stat la baza stabilirii numărului de puncte inițial au influențat în sensul majorării numărului de puncte inițial, conducând la diminuarea valorii pentru un punct stabilite inițial, nu intră în calcul la repartizarea fondurilor suplimentare, aprobate cu destinația de consum de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu. Fac excepție farmaciile la care pe perioada derulării contractului s-a modificat structura personalului angajat prin aplicarea prevederilor art. 11 pct. 1.

c) farmaciile la care s-au înregistrat economii mai mari de 5% din valoarea de contract lunară, în fiecare dintre cele 3 luni anterioare semnării actului adițional.

Art. 13

(1) Pe parcursul anului casele de asigurări de sănătate pot stabili alte termene de contractare în funcție de necesarul de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și în limita fondurilor alocate cu această destinație.

(2) La farmaciile care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe parcursul anului, la stabilirea valorii de contract se are în vedere valoarea de contract cea mai mică pe mediul urban/rural, în funcție de mediul în care își desfășoară activitatea farmacia. Valoarea de contract cea mai mică este cea stabilită pentru farmacia nou intrată în contract la începutul anului în condițiile art. 11 pct. 1 lit. a) și b), valoare ajustată corespunzător numărului de zile calendaristice rămase până la sfârșitul anului 2007 pentru care farmacia respectivă va încheia contract.

(3) Stabilirea valorii contractate pentru eliberarea medicamentelor corespunzătoare DCI - urilor aferente următoarelor grupe de boli cronice: bolile psihice - G15*), demențe - G16*), bolnavi cu proceduri intervenționale percutante numai după implantarea unei proteze endovasculare - stent - G3*), leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne - G10*), precum și celorlalte DCI-uri aferente grupelor de boli cronice prevăzute la art. 11 punctul 2 lit. a) se face similar prevederilor de la alin. (2) cu condiția acceptării adaosului comercial negociat inițial de casele de asigurări de sănătate cu farmaciile selecționate.

Art. 14

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează farmaciilor medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute la grupa de boală cronică diabet zaharat și boli de nutriție - G21*), eliberate la nivelul realizat,

modificându-se în mod corespunzător valoarea actelor adiționale, cu încadrarea în fondul aprobat la nivelul caselor de asigurări de sănătate pentru subprogramul Tratatamentul bolnavilor cu diabet zaharat de la paragraful « Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ », până la sfârșitul anului 2007.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează farmaciilor medicamentele corespunzătoare DCI – urilor prevăzute la grupele de boli cronice hepatită cronică de etiologie virală cu HVB și HCV - G4*), ciroză hepatică - G7*), poliartrită reumatoidă și artropatia psoriazică - G18*), spondilită anchilozantă - G19*), acromegalia – tumori hipofizare cu expansiune supraselară – G22*), boala Gaucher - G29*) eliberate la nivelul realizat, modificându-se în mod corespunzător valoarea actelor adiționale, cu încadrarea în sumele aprobate cu această destinație la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

ART. 15

(1) În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală, farmaciile înaintează caselor de asigurări de sănătate, în primele 15 zile calendaristice ale lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele, următoarele acte în original: factura, borderourile centralizatoare, prescripțiile medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emitere a acesteia.

(2) În situația în care într-o lună unele farmacii eliberează medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu la nivelul valorii de contract pentru luna respectivă, înainte de sfârșitul lunii, acestea anunță casa de asigurări de sănătate, iar în termen de 72 de ore vor depune datele solicitate pe suport magnetic, urmând ca actele în original să fie înaintate la termenul prevăzut la alin. (1).

ART. 16

Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților efectuate.

ART. 17

(1) Lista preturilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din Catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED) aprobat prin ordin al ministrului sănătății publice, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina de WEB a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa www.cnas.ro și se actualizează în următoarele condiții:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu cu sau fără contribuție personală, în conformitate cu prevederile art. 90 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

b) trimestrial, ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea listei de medicamente - denumiri comerciale și a prețurilor maxime;

c) în situația în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piață și care a obținut aprobarea Ministerului Sănătății Publice pentru un preț de vânzare cu amanunțul mai mic decât prețul de vânzare cu amanunțul al medicamentului care da prețul de referință în cadrul aceluiași DCI; această condiție se aplică numai dacă detinatorul de aprobare de punere pe piață a medicamentului respectiv decalare pe proprie răspundere ca are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate la nivelul solicitărilor de pe piață, sub sancțiunea scoaterii medicamentului din listă, în caz contrar.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele în condițiile prevăzute la alin. (1) numai pentru prescripțiile medicale emise după data publicării noii liste.

ART. 18

Prescrierea, eliberarea și decontarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților se fac în limita fondului aprobat cu această destinație.

ART. 19

La nivelul caselor de asigurări de sănătate vor funcționa comisii pentru fiecare grupă de boală cronică prevăzută potrivit Hotărârii Guvernului nr. 1841/2006 pentru aprobarea listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală.

Comisiile vor fi constituite din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, autorității de sănătate publică și ai medicilor prescriptori.

Fiecare comisie va fi constituită din 3 sau 5 persoane, astfel:

- medicul șef al casei de asigurări de sănătate sau o persoană desemnată de către acesta din structurile subordonate medicului șef;
- medic desemnat dintre medicii prescriptori de către casa de asigurări de sănătate și de autoritatea de sănătate publică;
- un medic reprezentant al autorității de sănătate publică
- secretariatul comisiei va fi asigurat de persoane din cadrul structurilor subordonate medicului șef al casei de asigurări de sănătate;

Pentru comisiile formate din 5 persoane, vor mai face parte din comisie:

- 1 medic din cadrul casei de asigurări de sănătate
- 1 medic prescriptor.

Comisia:

- stabilește criteriile de includere / excludere în / din tratament și aplicarea criteriilor de prioritizare în baza listelor de așteptare (unde nu există protocoale la nivel național) și punerea în aplicare a acestora în activitatea desfășurată;
- pentru bolile la care există protocoale la nivel național prin care se aplică criteriile de prioritizare, întocmește listele de așteptare.

Casa de asigurări de sănătate pune la dispoziția fiecărei comisii :

- numărul stabilit de bolnavi ce pot fi tratați, în funcție de sumele aprobate și costul mediu pe pacient;
- pacienții aflați în tratament și tratamentul acordat acestora cu indicarea datei la care a intrat în tratament, a datei ultimei aprobări și a perioadei pentru care a primit ultima aprobare).

ART. 20

Decontarea sumelor aferente trimestrului IV 2006 se face în ordine cronologică, la 90 de zile, în trimestrul I 2007.

Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2007 se efectuează la termen de 90 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate.

În trimestrul IV 2007, decontarea sumelor pentru activitatea curentă se face în ordine cronologică până la 90 de zile, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

ART. 21

Casele de asigurări de sănătate și autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală din partea asiguraților în tratamentul ambulatoriu precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

CONTRACT**de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate****I. Părțile contractante:**

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

și

Societatea comercială farmaceutică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon/fax, înregistrată la Registrul Comerțului cu certificatul de înmatriculare/actul de înființare și punctul de lucru în comuna, str. nr. ..., având contul nr., deschis la Trezoreria statului sau cont nr., deschis la Banca, și codul unic de înregistrare nr., reprezentată prin, autorizație de funcționare nr., eliberată de, dovada de evaluare nr., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor cât și pentru personalul farmaceutic - farmaciști și asistenți de farmacie

II. Obiectul contractului:**ART. 1**

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu:**ART. 2**

Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală și Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 precum și normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru.

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, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

2. din, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

3. din, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

NOTĂ:

Se vor menționa și punctele de lucru cu informațiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2007.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

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 furnizorii de medicamente autorizați și evaluați conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publică, pentru informarea asiguraților lista acestora și valoarea de contract;

b) Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului sunt obligate să încheie contracte cu cel puțin o farmacie în localitățile în care acestea au contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale;

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

d) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care a încheiat contracte, în limita valorii contractate, contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală sau la nivelul realizat pentru medicamentele aferente bolilor cronice pentru care s-a stabilit valoare de contract orientativă în limita sumelor alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate, la termenele prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

e) să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun;

f) să controleze furnizorii de medicamente privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

g) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta;

h) să acorde, în cadrul sumelor negociate și contractate, avansuri de până la 30% din valoarea anuală a contractului pentru farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriile de specialitate din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească;

i) să aducă la cunoștință furnizorilor de servicii medicale și asiguraților cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A cât și cele cuprinse în sublista B, precum și cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru fiecare cod de boală pentru medicamentele din sublista C - secțiunea C1 și mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru medicamentele cuprinse în sublista C - secțiunea C3; în această situație asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu

medicamentele eliberate suplimentar, cu excepția situațiilor prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

j) să informeze furnizorii de medicamente asupra condițiilor de contractare și asupra modificărilor apărute ulterior, ca urmare a modificării actelor normative;

k) să afișeze pe site, pentru prima, respectiv a doua jumătate a fiecărei luni, la datele de 15 și 30/31 ale lunii respective, valoarea medicamentelor eliberate de fiecare farmacie cu care casa de asigurări de sănătate se află în relație contractuală.

l) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente numele și codul de parafă al medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

m) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz să comunice furnizorilor de medicamente procesele verbale și / sau notele de constatare ca urmare a controalelor efectuate în termen de 3 zile lucrătoare de la efectuarea controlului;

n) să utilizeze sistemul informatic unic integrat; până la intrarea în funcțiune a sistemului informatic unic integrat se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;

B. Obligațiile furnizorilor de medicamente

ART. 7

Furnizorii de medicamente au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate medicamentele cu prețurile de referință;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale (DCI) la prețurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; Să se aprovizioneze, la cererea asiguratului, în maximum 12 ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din Lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu se găsește/găsesc momentan în farmacie, fie că este/sunt recomandat/recomandate de medic ca denumire comercială, fie corespunde/corespund DCI prescris;

c) să practice o evidență de gestiune cantitativ valorică;

d) să verifice prescripțiile medicale cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă pentru a fi eliberate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, privind eliberarea prescripțiilor medicale referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic;

e) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, prin programul implementat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau printr-un program compatibil cu cerințele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, avizat de aceasta;

f) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor: factură, borderou centralizator, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a datei de emisie a acestora, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele, în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

g) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală, în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006;

h) să funcționeze cu personal farmaceutic care posedă drept de liberă practică, pe bază de contract de muncă și/sau contract de prestări servicii;

i) să informeze asigurații despre drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale;

j) să respecte prevederile Codului deontologic al farmaciștilor în relațiile cu 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 autorităților de sănătate publică și caselor de asigurări de sănătate;

l) să elibereze în limita valorii de contract medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu casa de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract sau convenție în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale eliberate în situațiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006; în cazul medicamentelor antidiabetice orale și pentru alte boli cronice prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, valorile de contract sunt orientative;

m) să asigure prezența unui farmacist în farmacie și la punctele de lucru pe toată durata programului de lucru declarat la casa de asigurări de sănătate;

n) să anuleze medicamentele / DCI-urile care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale;

o) să nu elibereze medicamentele din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

p) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie și ștampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relație contractuală; Să afișeze la loc vizibil în farmacie, pentru informarea asiguraților, numărul de telefon "tel-verde" al casei de asigurări de sănătate cu care aceasta se află în relație contractuală, precum și valoarea contractului defalcat pe luni, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, iar la data de 15, respectiv de 30/31, a fiecărei luni, va afișa valoarea medicamentelor eliberate pentru prima, respectiv a doua jumătate a lunii;

q) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în termenul de maxim 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

r) să depună în primele 15 zile calendaristice ale lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, în limita valorii de contract; pentru medicamentele antidiabetice orale și pentru alte boli cronice prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, decontarea se face la nivelul realizat cu încadrarea în fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate; Să raporteze lunar la casa de asigurări de sănătate cu care are încheiat contract, la datele de 15 și 30/31 ale fiecărei luni, valoarea medicamentelor eliberate în prima, respectiv a doua jumătate a lunii respective.

s) să se informeze asupra condițiilor de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală;

t) să elibereze medicamentele la preturile cele mai mici și numai la solicitarea și cu acordul asiguratului să elibereze medicamentele din cadrul aceluiași DCI la preturi mai mari decât preturile de referință.

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

VI. Modalități de plată

ART. 8

Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a datei de emiteră a acestora. În situația în care pe același formular de prescripție se

înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, cu excepția medicamentelor antidiabetice orale corespunzătoare DCI-urilor din grupa de boala cronică diabet zaharat și boli de nutriție - G21 pentru care se completează prescripție distinctă.

ART. 9

Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casele de asigurări de sănătate până la data de a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

ART. 10

În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru menționat în prezentul contract suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

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

Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi la întregirea fondului alocat consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 11

Valoarea contractului^{*)} pentru eliberare de medicamente este de lei:

Trimestrul I lei,
din care:
- luna I lei
- luna II lei
- luna III lei
Trimestrul II lei,
din care:
- luna IV lei
- luna V lei
- luna VI lei
Trimestrul III lei,
din care:
- luna VII lei
- luna VIII lei
- luna IX lei
Trimestrul IV lei,
din care:
- luna X lei
- luna XI lei
- luna XII lei.

*) este cea aferentă eliberării medicamentelor pentru care nu se stabilește valoare orientativă prin încheiere de act/acte adițional/adiționale conform prevederilor normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006

ART. 12

Decontarea prescripțiilor cu și fără contribuție personală se face astfel: decontarea sumelor aferente trimestrului IV 2006 se face în ordine cronologică la 90 de zile în trimestrul I 2007. Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2007 se efectuează la termen de 90 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacii la casa de asigurări de sănătate.

În trimestrul IV 2007, decontarea sumelor pentru activitatea curentă se face în ordine cronologică până la 90 de zile, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

ART. 13

Plata se face în:

a) contul nr. deschis la Trezoreria statului sau contul nr. deschis la Banca

VII. Răspunderea contractuală:

ART. 14

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

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 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 rezilierea contractului.

IX. Rezilierea , încetarea și suspendarea contractului:

ART. 17

(1) Prezentul contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală se reziliază de plin drept la data producerii următoarelor situații:

a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

b) dacă din motive imputabile farmaciei evaluate aceasta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

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

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare, de la încetarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) retragerea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

c) dacă farmacia evaluată înlocuiește medicamentele neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

d) o dată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurii de diminuare a valorii de contract lunare pentru nerespectarea programului de lucru comunicat la casă și menționat în prezentul contract;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții medicale privind eliberarea de medicamente conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate , pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an;

f) nerespectării prevederilor de la art. 7 lit. c), e), g), h), l), m), o), q), u);

g) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), b), f), n), r), s), t);

h) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. d), i), j), k), p).

i) refuzul furnizorului de medicamente de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor eliberate conform contractelor încheiate și a documentelor justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

ART. 18

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

- a) furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 19

Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații :

- a) – expirarea termenului de valabilitate a autorizației de funcționare cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia;
- b) – pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului ;

ART. 20

(1) Situațiile prevăzute la art. 17 și la art. 18 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. 18 lit. a) și e) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența:

ART. 21

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire sau la sediul părților.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 22

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

(2) Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 23

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractuale se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru acordarea medicamentelor cu sau fără contribuție

personală în tratamentul ambulatoriu, avându-se în vedere condițiile de contractare, astfel cum sunt prevăzute la art. 11 din anexa nr. 30 la normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

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.

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 25

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

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj, care va soluționa cauza potrivit legii sau, după caz, a instanțelor de judecată.

ART. 26

Hotărârile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIII. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, a fost încheiat astăzi în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE MEDICAMENTE

Președinte - Director general,

Reprezentant legal,

.....
Director executiv al Direcției Management
și Economică

.....
Director executiv al Direcției Planificare,
Dezvoltare, Relații cu Furnizorii

Vizat

Compartiment juridic și contencios

PACHET SERVICII DE BAZĂ

LISTA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN AMBULATORIU

A. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Proteză auditivă	Retroauriculară/Intraauriculară	5 ani
2.	Proteză fonatorie	a) Vibrator laringian	5 ani
		b) Buton fonator (shunt - ventile)	2/an
3.	Proteză traheală	a) Canulă traheală simplă	4/an
		b) Canulă traheală Montgomery	2/an

NOTĂ:

1. Pentru protezele auditive și proteza fonatorie tip vibrator laringian se pot acorda reparații pentru copiii în vârstă de până la 18 ani.

2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda simultan 2 proteze auditive dacă medicii specialiști recomandă protezare bilaterală.

3. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzută în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

B. Dispozitive pentru protezare stomii

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	max. 30 buc. /lună
		b) sac colector pentru urostomie	max. 15 buc. /lună
	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ileostomie: flanșă suport și sac colector	max.4 buc. /lună max.15 buc. /lună
		b) pentru urostomie: flanșă suport și sac colector	max.4buc/lună max.15 buc. /lună

NOTĂ:

În situații speciale, la recomandarea medicului specialist, pentru sistemele stomice cu două componente numărul de saci colectori și cel de flanșe-suport poate fi modificat, în limita prețurilor de referință cumulate, care se decontează lunar pentru 4 buc. flanșe-suport și 15 buc. saci colectori.

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	TERMEN ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Condom urinar		max. 30 buc. /lună
2.	Sac colector de urină		max. 6 buc. /lună
3.	Sondă Foley		max. 4 buc. /lună

4.	Dispozitiv pentru plasarea de benzi intravaginale și pentru incontinență urinară		
----	--	--	--

D. Proteze pentru membru inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Proteză parțială de picior	a) LISEFRANC	*
		b) CHOPART	*
		c) PIROGOFF	*
2.	Proteză pentru dezarticulația de gleznă	SYME	*
3.	Proteză de gambă	a) convențională, din material plastic, cu contact total	*
		b) convențională, din piele	*
		c) geriatrică	*
		d) modulară	**
4.	Proteză pentru dezarticulația de genunchi	modulară	**
5.	Proteză de coapsă	a) pilon	*
		b) combinată	*
		c) din plastic	*
		d) cu vacuum	*
		e) geriatrică	*
		f) modulară	**
		g) modulară cu vacuum	**
6.	Proteză de șold	a) convențională	*
		b) modulară	**
7.	Proteză parțială de bazin hemipelvectomie	a) convențională	*
		b) modulară	**

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, prevăzută în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

3) Pentru protezele de membru inferior se pot acorda reparații pentru copiii în vârstă de până la 18 ani.

E. Proteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Proteză parțială de mână	a) funcțională simplă	*
		b) funcțională	*
2.	Proteză de dezarticulație de încheietură a mâinii	a) funcțională simplă	*
		b) funcțională acționată pasiv	*
		c) funcțională acționată prin cablu	*
		d) funcțională acționată mioelectric	**
3.	Proteză de antebraț	a) funcțională simplă	*
		b) funcțională acționată pasiv	*
		c) funcțională acționată prin cablu	*
		d) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație pasivă	**
		e) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație activă	**
4.	Proteză de dezarticulație de cot	a) funcțională simplă	*
		b) funcțională acționată pasiv	*
		c) funcțională acționată prin cablu	*
		d) funcțională atipic electric	**
		e) funcțională mioelectrică	**
5.	Proteză de braț	a) funcțională simplă	*
		b) funcțională acționată pasiv	*

		c) funcțională acționată prin cablu	*
		d) funcțională atipic electric	**
		e) funcțională mioelectrică	**
6.	Proteză de dezarticulație de umăr	a) funcțională simplă	*
		b) funcțională acționată pasiv	*
		c) funcțională acționată prin cablu	*
		d) funcțională atipic electric	**
		e) funcțională mioelectrică	**
7.	Proteză pentru amputație inter-scapulo-toracică	a) funcțională simplă	*
		b) funcțională acționată pasiv	*
		c) funcțională acționată prin cablu	*
		d) funcțională atipic electric	**

NOTĂ:

* 2 ani; ** 8 ani.

Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzută în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

Pentru protezele de membru superior se pot acorda reparații pentru copiii în vârstă de până la 18 ani.

F. Dispozitive de mers

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Baston		3 ani
2.	Baston	cu trei/patru picioare	3 ani
3.	Cârjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani
		c) cu sprijin pe antebraț metalică	3 ani
4.	Cadru de mers		3 ani
5.	Fotoliu rulant	a) cu antrenare manuală/electrică	5 ani

	b) triciclu pentru copii	5 ani
--	--------------------------	-------

G. Orteze

G.1 Orteze pentru coloana vertebrală

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Orteze cervicale	a) colar	12 luni
		b) Philadelphia/Minerva	12 luni
		c) Schanz	12 luni
2.	Orteze cervicotoracice		12 luni
3.	Orteze toracice		12 luni
4.	Orteze toracolombosacrale		12 luni
		a) corset Cheneau	12 luni
		b) corset Boston	12 luni
		c) corset Euroboston	12 luni
		d) corset Hessing	12 luni
		e) corset de hiperextensie	12 luni
		f) corset Lyonnais	12 luni
g) corset de hiperextensie în trei puncte pentru scolioză	12 luni		
5.	Orteze lombosacrale		12 luni
		lombostat	12 luni
6.	Orteze sacro-iliace		12 luni
7.	Orteze cervicotoracolombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani
		b) corset Milwaukee	12 luni

NOTĂ:

Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzută în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

G.2 Orteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Orteze de deget		12 luni
2.	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/fixarea degetului mare	12 luni
		b) dinamică	12 luni
3.	Orteze de încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni
4.	Orteze de încheietura mâinii - mână - deget	fixă/mobilă	12 luni
5.	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni
6.	Orteze de cot - încheietura mâinii - mână		12 luni
7.	Orteze de umăr		12 luni
8.	Orteze de umăr - cot		12 luni
9.	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni

NOTĂ:

Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzută în col. C4, 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	TERMEN ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Orteze de picior		12 luni
2.	Orteze pentru gleznă -	fixă/mobilă	12 luni

	picioar		
3.	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni
		b) mobilă	12 luni
		c) Balant	2 ani
4.	Orteze de genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) Gambier cu scurtare	2 ani
		b) Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră)	2 ani
		c) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani
5.	Orteze de șold		12 luni
6.	Orteze șold - genunchi		12 luni
7.	Orteze de șold - genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani
		b) Hessing (aparat)	2 ani
8.	Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*
		b) de abducție	*
		c) Dr. Fettwies	*
		d) Dr. Behrens	*
		e) Becker	*
		f) Dr. Bernau	*
9.	Orteze corectoare de statică a piciorului	a) susținători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni
		b) susținători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni
		c) Pes Var/Valg	12 luni
		d) Hallux-Valgus	12 luni

NOTĂ:

1) Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) și c) se prescriu numai perechi.

Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzută în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

* se poate acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare

H. Încălțăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Ghete	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) cu arc	6 luni
		d) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		e) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		f) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		g) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		h) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		2.	Pantofi	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni		
c) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni		
d) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni		
e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni		
f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni		

	g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
	h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda a altă pereche de încălțăminte înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi.

2) Se va prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.

3) Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

I. Dispozitive pentru deficiențe vizuale

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Lentile intraoculare	a) pentru camera anterioară b) pentru camera posterioară	*
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 copiii în vârstă de până la 18 ani ori de câte ori este nevoie.

J. Soluție vascoelastică pentru infiltrații intraarticulare

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Soluție sterilă vâscoelastică pentru infiltrații intraarticulare		max.3 doze/an

K. Echipamente pentru oxigenoterapie

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen		5 ani

**MODALITATEA DE PRESCRIERE, PROCURARE ȘI DECONTARE A DISPOZITIVELOR
MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU
FUNCȚIONALE ÎN AMBULATORIU**

ART. 1 (1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă pentru o perioadă determinată sau nedeterminată, în baza prescripției medicale eliberate de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal.

(2). Prescripția medicală se eliberează în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medic, un exemplar însoțește cererea și se depune la casa de asigurări de sănătate și un exemplar rămâne la asigurat, pe care îl predă furnizorului de dispozitive medicale împreună cu decizia de aprobare a dispozitivului medical eliberată de casa de asigurări de sănătate. Prescripția medicală trebuie să conțină denumirea și tipul dispozitivului medical din Lista dispozitivelor medicale. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului.

(3)- Prescripția medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta.

Medicii de specialitate care efectuează audiograme și care fac recomandări pentru protezare auditivă vor efectua și audiogramele după protezare.

(4) - Prescripția medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoțită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul 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.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară recomandarea se poate face și de către medicii de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în baza scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 2

(1) Pentru obținerea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii familiei (părinți, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul, însoțită de carnetul de asigurat sau de un document justificativ – adeverință care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, prescripția medicală pentru dispozitivul medical și declarația pe propria răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează prescripția medicală pentru dispozitivul medical recomandat cu specificarea domiciliului copilului și certificatul de naștere (în copie) cu codul numeric personal - CNP. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(2) Prescripțiile medicale își pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescripțiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau sunt eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat.

ART. 3

(1) Casa de asigurări de sănătate, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal.

(2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării și respectiv emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinație. Decizia se expediază prin poștă în maximum 2 zile lucrătoare de la emiterea ei. În situația în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depășirea fondului lunar aprobat, se întocmesc liste de prioritate pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinație permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poștă, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripției medicale, dacă este cazul.

(3) Criteriile pentru soluționarea listelor de prioritate în vederea acordării dispozitivelor medicale țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și nivelul de urgență stabilit de Serviciul Medical al casei de asigurări de sănătate.

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical și se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poștă, și un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

(5) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 A.

(6) 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.

(7) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraților pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere, iar aparatele pentru administrare continuă cu oxigen se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea / închirierea dispozitivelor medicale. Perioada de închiriere nu poate depăși data la care încetează valabilitatea contractelor de funizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate și furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acorda pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive și numărul acestora pe fiecare tip.

(8) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 B.

(9) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la alin. (5) și (8). În cazul dispozitivului medical la comandă, furnizorul de dispozitive medicale înștiințează casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

ART. 4

Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii familiei (părinți, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluați, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate și prescripția medicală. În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen, 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 funcționale în ambulatoriu prevăzută în anexa nr. 32 la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde termenile de înlocuire a acestora. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul intră în posesia dispozitivului medical.

ART. 6

(1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(2) Lista prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(3) - Furnizorul emite, în vederea decontării, factura însoțită de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate specifică pentru dispozitivele medicale la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către furnizorul care a efectuat audiogramele inițiale și care are încheiat cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante – care se acordă pe o perioadă determinată și aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa și talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa la prima facturare după închirierea dispozitivului medical și dovada verificării tehnice sau, după caz, a verificării după reparare, eliberată de furnizor sau de o unitate de tehnică medicală, dacă dețin aviz de funcționare pentru activitate de reparare, verificare și punere în funcțiune, emis de Ministerul Sănătății Publice.

(4) 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 30 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, 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 protezelor auditive se face după depunerea de către asigurat a unui document de validare întocmit de medicul de specialitate O.R.L. care a prescris proteza auditivă, pe

baza raportului probei de protezare și a declarației pe propria răspundere a asiguratului prin care acesta confirmă eficacitatea protezării. 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 nu va deconta proteza auditivă. La primirea deciziei, asiguratul, unul din membrii familiei (părinți, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal declara pe propria răspundere că se obligă să se prezinte în termen de 15 zile lucrătoare la casa de asigurări de sănătate cu documentele solicitate, în caz contrar i se va imputa contravaloarea protezei auditive.

ART. 7

(1) Pentru dispozitivele medicale care se acordă prin închiriere, începând cu anul 2007, casele de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere prevăzută în ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind „Lista prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale” cu respectarea prevederilor de la art. 6 (3).

Până la data intrării în vigoare a ordinului, casele de asigurări de sănătate decontează o sumă de închiriere, care se calculează aplicând următoarea formulă:

$S1 = Pr / 60$, unde:

Pr – prețul de referință al dispozitivului medical, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 204/69/2005, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 248 din 24 martie 2005;

60 - număr de luni corespunzătoare timpului de înlocuire al tipului de dispozitiv medical închiriat;

(2) Pentru dispozitivele medicale care au fost acordate prin închiriere, pentru o perioadă mai mare de 12 luni, anterior anului 2007, casele de asigurări de sănătate decontează, în funcție de data intrării în vigoare a ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind „Lista prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale”, o sumă lunară de închiriere lunară, după cum urmează:

a) până la data intrării în vigoare a ordinului, se aplică formula:

$S2 = (Pr - Sd)/(60 - NI)$, unde:

Pr – prețul de referință al dispozitivului medical, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 204/69/2005, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 248 din 24 martie 2005;

Sd - suma decontată de casa de asigurări de sănătate până la data facturării;

60 - număr de luni corespunzătoare timpului de înlocuire al tipului de dispozitiv medical închiriat;

NI – numărul de luni corespunzător perioadei în care dispozitivul medical a fost închiriat până la facturare;

b) după data intrării în vigoare a ordinului se aplică formula:

$S3 = (60 \times Si - Sd)/(60 - NI)$, unde :

60 - număr de luni corespunzătoare timpului de înlocuire al tipului de dispozitiv medical închiriat;

Si – suma de închiriere conform ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind Lista prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale;

Sd – suma decontată de casa de asigurări de sănătate până la intrarea în vigoare a ordinului privind „Lista prețurilor de referință și a sumelor de închiriere”;

Nl – numărul de luni corespunzător perioadei în care dispozitivul medical a fost închiriat până la intrarea în vigoare a ordinului privind „Lista prețurilor de referință și a sumelor de închiriere”;

c) Pentru dispozitivele medicale pentru care perioada de închiriere este mai mică de 12 luni de la acordarea acestora anterior anului 2007, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor începând cu a 13-a lună conform formulelor de la lit. a) sau b).

(3) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligația ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunțe în termen de 15 zile lucrătoare, casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

ART. 8

(1) Certificatul de garanție predat de către furnizor asiguratului trebuie să precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical (numele producătorului, numele reprezentantului autorizat al producătorului sau numele distribuitorului, după caz; tipul; numărul lotului precedat de cuvântul "lot" sau nr. de serie, după caz); data fabricației/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. 9

(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. 32 la ordin, pe baza cererii scrise întocmite de asigurat, unul din membrii familiei (părinți, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului. Cererea privind aprobarea reparării dispozitivului medical se înregistrează la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul 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 și care are aviz de funcționare emis de Ministerul Sănătății Publice pentru repararea dispozitivelor medicale.

(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 de aprobare pentru repararea dispozitivului medical în limita fondului aprobat. Decizia se expediază prin poștă în maximum 2 zile lucrătoare de la emiterea ei. În situația în care cererile pentru reparații conduc la depășirea fondului lunar aprobat, se întocmesc liste de prioritate pentru reparații 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 prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poștă, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia.

(4) Criteriile pentru soluționarea listelor de prioritate în vederea reparării dispozitivelor medicale țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și nivelul de urgență stabilit de Serviciul Medical al casei de asigurări de sănătate.

(5) 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.

(6) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru repararea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, perioadă în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinți, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează unuia dintre furnizorii de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate care a emis decizia. Furnizorul de dispozitive medicale va înștiința casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare pentru repararea acestor dispozitive medicale, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

(7) Pentru repararea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii familiei (părinți, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează cu decizia de aprobare pentru repararea 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 de aprobare pentru repararea dispozitivului medical.

CONTRACT**de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu****I. PĂRȚILE CONTRACTANTE**

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

și

furnizorul de dispozitive medicale, prin reprezentantul legal
....., 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, dovada de evaluare pentru sediul social nr. /data, dovada de evaluare
pentru fiecare punct de lucru nr. /data, autorizația/autorizațiile de utilizare a
dispozitivelor medicale și/sau, după caz, certificatul/certIFICATELE de înregistrare a dispozitivelor
medicale emise de Ministerul Sănătății Publice sau declarația de conformitate EC emisă de
producător, după caz, avizul de funcționare și / sau certificatul de
înregistrare al producătorului de dispozitive medicale, după caz, emis de Ministerul Sănătății
Publice, dovada de răspundere civilă în domeniul medical, valabilă pe toată perioada derulării
contractului....., lista prețurilor de vânzare cu amănuntul
pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

*) Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, act de înființare
conform prevederilor legale în vigoare.

II. OBIECTUL CONTRACTULUI**ART. 1**

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate
recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform Contractului-cadru
privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de
sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 și normelor
metodologice de aplicare a acestuia.

III. DISPOZITIVE MEDICALE FURNIZATE**ART. 2**

Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în
anexa nr. 32 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de
Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru
privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de
sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 și constau în:

- a)
- b)
- c)

IV. DURATA CONTRACTULUI**ART. 3**

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2007.

ART. 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

V. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale evaluați astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 și a normelor metodologice de aplicare a acestuia și să facă publică lista în ordine alfabetică a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și punctul de lucru din județul respectiv, pentru informarea asiguratului;

b) să informeze furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

c) să verifice activitatea furnizorilor de dispozitive medicale conform contractelor încheiate cu aceștia ;

d) să emită decizii privind aprobarea procurării dispozitivului medical, conform bugetului aprobat;

e) să precizeze în decizia de procurare a dispozitivului medical prețul de referință / suma de închiriere suportată de casa de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, a dispozitivului medical furnizat de aceștia și să specifice pe verso-ul deciziei lista furnizorilor de dispozitive medicale, care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se află în relații contractuale;

f) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale evaluat și să pună la dispoziția asiguraților, o dată cu decizia, prin poștă, lista tuturor prețurilor de vânzare cu amănuntul pentru dispozitivul aprobat prin decizie;

g) să asigure decontarea pe baza facturilor de decontare emise de furnizor și a documentelor însoțitoare;

h) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la termenele stabilite, datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de dispozitive medicale, în baza contractelor încheiate cu aceștia;

i) să țină evidența deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale pe fiecare asigurat, respectiv pentru cetățeni ai statelor membre ale Uniunii Europene, titulari ai cardului european, precum și evidența dispozitivelor medicale decontate pe fiecare asigurat respectiv pentru cetățeni ai statelor membre ale Uniunii Europene, titulari ai cardului european;

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.

k) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”; până la intrarea în funcțiune a „sistemului informatic unic integrat” se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate.

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 punerea în funcțiune a dispozitivelor medicale;
- b) să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare;
- c) să livreze dispozitivele medicale și să desfășoare activități de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru pentru care dețin dovada de evaluare;
- d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical;
- e) să livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandării medicale să nu sufere modificări, în condițiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă a dispozitivului medical la comandă;
- f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință ale dispozitivelor medicale, prețurile de vânzare cu amănuntul ale dispozitivelor medicale însoțite de autorizațiile de utilizare și/sau, după caz, de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății Publice sau declarația de conformitate EC emisă de producător după caz, și care trebuie să fie aceleași cu cele din lista prețurilor de vânzare cu amănuntul pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate prezentată la contractare;
- g) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- h) să emită, în vederea decontării, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către furnizorul care a efectuat audiogramele inițiale și care a încheiat cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale, după caz, talonul lunar pentru dispozitivele de protezare stomii, incontinență urinară, fotoliile rulante și aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice sau a verificării după reparare, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu; cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;
- i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;
- j) să anunțe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare în termen de maxim 5 zile lucrătoare de la data primirii acestora.
- k) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu „sistemul informatic unic integrat” caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;
- l) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale în termen de maxim 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului.
- m) să livreze de la data aderării României la Uniunea Europeană, dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

VI. MODALITĂȚI DE PLATĂ

ART. 7

Documentele în baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de a fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

ART. 8

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță fiscală.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din fondul național unic pentru 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 evaluați de dispozitive medicale sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează integral, contravaloarea dispozitivului medical la prețul de vânzare cu amănuntul cel mai mic. În situația în care pentru un dispozitiv medical, prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor evaluați de dispozitive medicale sunt mai mici sau mai mari decât prețul de referință, casele de asigurări de sănătate decontează integral, prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință respectiv prețul de referință, dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere pentru dispozitivele medicale prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006.

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 reparații dispozitivului medical.

ART. 10

(1) Decontarea la furnizor a dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor. Factura emisă de furnizor este însoțită de copia certificatului de garanție, declarația de conformitate specifică pentru dispozitivele medicale la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, de confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate după protezare auditivă de către furnizorul care a efectuat audiogramele inițiale și care are încheiat cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată și aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa și talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa la prima facturare după închirierea dispozitivului medical și dovada verificării tehnice sau, după caz, a verificării după reparare, eliberată de furnizor sau de o unitate de tehnică medicală, dacă dețin aviz de funcționare pentru activitate de reparare, verificare și punere în funcțiune, emis de Ministerul Sănătății Publice.

(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 30 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă

(3) În cazul protezelor pentru membrul inferior, la prima protezare decontarea se face pentru

aceiași 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.

(4) Decontarea în cazul protezelor auditive se face după depunerea de către asigurat a unui document de validare întocmit de medicul de specialitate O.R.L. care a prescris proteza auditivă, pe baza raportului probei de protezare și a declarației pe propria răspundere a asiguratului prin care acesta confirmă eficacitatea protezării. 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 nu va deconta proteza auditivă. La primirea deciziei asiguratul, unul din membrii familiei (părinți, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal declară pe propria răspundere că se obligă să se prezinte în termen de 15 zile lucrătoare la casa de asigurări de sănătate cu documentele solicitate, în caz contrar i se va imputa contravaloarea protezei auditive. Medicii de specialitate care efectuează audiograme și care fac recomandări pentru protezare auditivă sunt cei care efectuează și audiograma după protezare.

(5) Pentru dispozitivele medicale care se acordă prin închiriere, începând cu anul 2007, casele de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere prevăzută în ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind „Lista prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale” cu respectarea prevederilor de la art. 6 (3) din Anexa nr. 33 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 .

Până la data intrării în vigoare a ordinului, casele de asigurări de sănătate decontează o sumă lunară de închiriere, care se calculează aplicând următoarea formulă:

$S1 = Pr / 60$, unde:

Pr – prețul de referință al dispozitivului medical, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 204/69/2005, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 248 din 24 martie 2005;

60 - număr de luni corespunzătoare timpului de înlocuire al tipului de dispozitiv medical închiriat;

(6) Pentru dispozitivele medicale care au fost acordate prin închiriere, pentru o perioadă mai mare de 12 luni, anterior anului 2007, casele de asigurări de sănătate decontează, în funcție de data intrării în vigoare a ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind „Lista prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale”, o sumă de închiriere lunară, după cum urmează:

a) până la data intrării în vigoare a ordinului, se aplică formula:

$S2 = (Pr - Sd)/(60 - N1)$, unde:

Pr – prețul de referință al dispozitivului medical, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 204/69/2005, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 248 din 24 martie 2005;

Sd - suma decontată de casa de asigurări de sănătate până la data facturării;

60 - număr de luni corespunzătoare timpului de înlocuire al tipului de dispozitiv medical închiriat;

NI – numărul de luni corespunzător perioadei în care dispozitivul medical a fost închiriat până la facturare;

b) după data intrării în vigoare a ordinului se aplică formula:

$S3 = (60 \times Si - Sd) / (60 - NI)$, unde :

60 - număr de luni corespunzătoare timpului de înlocuire al tipului de dispozitiv medical închiriat;

Si – suma de închiriere conform ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind Lista prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale;

Sd – suma decontată de casa de asigurări de sănătate până la intrarea în vigoare a ordinului privind „Lista prețurilor de referință și a sumelor de închiriere”;

NI – numărul de luni corespunzător perioadei în care dispozitivul medical a fost închiriat până la intrarea în vigoare a ordinului privind „Lista prețurilor de referință și a sumelor de închiriere”;

c) Pentru dispozitivele medicale pentru care perioada de închiriere este mai mică de 12 luni de la acordarea acestora anterior anului 2007, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor începând cu a 13-a lună conform formulelor de la lit. a) sau b).

(7) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/inchirierii/reparării dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale, respectiv pentru reparații.

(8) Criteriile pentru soluționarea listelor de prioritate în vederea acordării dispozitivelor medicale țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și nivelul de urgență stabilit de Serviciul Medical al casei de asigurări de sănătate.

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. RĂSPUNDEREA CONTRACTUALĂ

ART. 13

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

VIII. CLAUZĂ SPECIALĂ

ART. 14

(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 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 rezoluțiunea contractului.

IX. ÎNCETAREA ȘI REZILIEREA CONTRACTULUI

ART. 15

(1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept la data producerii situației în care din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice:

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

- a) ridicarea de către organele în drept a avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale sau expirarea termenului de valabilitate a acestuia;
- b) retragerea evaluării sau expirarea termenului de valabilitate a evaluării;
- c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care nu deține autorizație de utilizare/certificat de înregistrare a dispozitivului medical emisă/emis de Ministerul Sănătății Publice;
- d) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 6 lit. a, b, c, d, g, k și l.
- e) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 6 lit. e, h, i și j;
- f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

ART. 16

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

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

ART. 17

Situațiile prevăzute la art. 15 și art. 16 lit. a) - c) se constată din oficiu de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută de art. 16 lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. CORESPONDENȚA

ART. 18

Correspondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. MODIFICAREA CONTRACTULUI

ART. 19

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

Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 20

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

ART. 21

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

XII. SOLUȚIONAREA LITIGIILOR

ART. 22

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

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de Arbitraj care va soluționa cauza potrivit legii sau, după caz, a instanțelor de judecată.

ART. 23

Hotărârile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instanțele judecătorești competente.

XIII. ALTE CLAUZE:

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

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

Director executiv al Direcției Management
și Economică

.....

Director executiv al Direcției Planificare,
Dezvoltare, Relații cu Furnizorii

.....

Vizat

Compartiment juridic și contencios

FURNIZOR

DE DISPOZITIVE MEDICALE

Reprezentant legal,

.....

ANEXA 35 A

ANEXĂ LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII ȘI
INCONTINENȚĂ URINARĂ NR./.....

- Prezenta anexă se predă asiguratului împreună cu decizia;
- CAS va ștampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane;
- În cazul expedierii prin poștă a talonului, coloana C6 nu se completează, luându-se în considerare documentele ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu;

Nr. talon	Luna	Nume și prenume	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical
		CNP			
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA 35 B

ANEXĂ LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE ȘI A APARETELOR
PENTRU ADMINISTRAREA CONTINUĂ CU OXIGEN NR./.....

- Prezenta anexă se predă asiguratului împreună cu decizia;
- CAS va ștampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane;

Nr. talon	Luna	Nume și prenume	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura asiguratului
		CNP			
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

CONVENȚIE*)

privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală

I. Părțile convenției

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

și

Medicul (nume, prenume).....CNP.....cod parafă..... Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ... /.....

din cabinetul medical/unitatea sanitară, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon

II. Obiectul convenției

ART. 1

Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în vederea recunoașterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

ART. 2

(1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

- a) medicii din cabinetele medicale școlare/studentești pentru elevi, respectiv studenți dacă nu sunt înscriși pe lista unui medic de familie sau în situația în care cabinetul medicului de familie nu se află în aceeași localitate cu unitatea de învățământ respectivă
- b) medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt incluse pe lista unui medic de familie,
- c) medicii din serviciile publice specializate sau organisme private autorizate pentru copiii încredințați ori dați în plasament, dacă nu sunt înscriși pe lista unui medic de familie,
- d) medicii din alte instituții de ocrotire socială, dacă persoanele instituționalizate nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

(2) Eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu se face de către:

- a) medicii din cabinetele școlare și studentești,
- b) medicii din căminele de bătrâni,
- c) medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap;

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2007.

IV. Obligațiile părților

ART. 3

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să informeze medicii cu care încheie convenții asupra condițiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice și/sau prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu;
- b) să controleze medicii privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul prezentei convenții;
- c) să țină evidențe distincte cu formularele de prescripții medicale cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, distribuite medicilor, precum și a prescripțiilor medicale eliberate de aceștia;
- d) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta;
- e) să monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții;

ART. 4

Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice și/sau eliberează prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală au următoarele obligații:

- a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- b) să respecte confidențialitatea datelor și informațiilor privitoare la certificatele de concediu medical eliberate asiguraților;
- c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;
- d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală
- e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului
- f) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală care se aprobă prin hotărâre a Guvernului conform specializării, în concordanță cu diagnosticul;
- g) să prescrie medicamente în următoarele condiții:
 - medicii din cabinetele școlare și studențești prescriu medicamente în caz de urgență medicală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile, 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; 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 maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscriși în lista unui medic de familie;
 - medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie;

V. Încetarea și rezilierea convenției

ART. 5

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

a) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică / certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice și/sau eliberează prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

c) nerespectarea obligațiilor asumate prin prezenta convenției, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

d) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în termen de 10 zile lucrătoare;

e) refuzul medicului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, potrivit prezentei convenției;

ART. 6

Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) medicul nu mai desfășoară activitate în cabinetul medical/unitatea sanitară din raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;

b) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz a cabinetului medical/unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul care a încheiat convenția ;

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

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a convenției de către medic sau de către reprezentatul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea convenției;

f) a survenit decesul medicului;

g) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

ART. 7

Situațiile prevăzute la art. 5 și la art. 6 lit. b), f), g) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la art. 6 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. Corespondența

ART. 8

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

Fiecare parte din convenție este obligată ca, în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție, să notifice celeilalte părți schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenției

ART. 9

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

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în doua exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurari de Sanatate
Presedinte - director general,
.....

Medic
.....

Vizat
Compartiment juridic și contencios,
.....

*²⁾ Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală;

CONVENȚIE
privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești (recomandare de internare)

I. Părțile convenției

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, tel./fax, reprezentată prin președinte - director general,
și
Unitatea medico-socială, reprezentat prin, cu autorizație sanitară de funcționare nr. din, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr., județul/sectorul, telefon

II. Obiectul convenției

ART. 1

Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

ART. 2

Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești se face de către următorii medici:

1. Medicul (nume, prenume).....CNP.....cod parafă..... Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /.....
2. Medicul (nume, prenume).....CNP.....cod parafă..... Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /.....
3. Medicul (nume, prenume).....CNP.....cod parafă..... Autorizația de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /.....

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2007.

IV. Obligațiile părților

ART. 3

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să informeze unitățile medico-sociale cu care încheie convenții asupra condițiilor în care medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale spitalicești;

b) să monitorizeze lunar serviciile medicale spitalicești acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii din unitățile medico-sociale cu care a încheiat convenții;

ART. 4

Unitățile medico - sociale au următoarele obligații:

- a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- b) să respecte confidențialitatea datelor și informațiilor privitoare la certificatele de concediu medical eliberate asiguraților;
- c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;
- d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești;
- e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului;
- h) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web ;

V. Încetarea și rezilierea convenției

ART. 5

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

- a) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- b) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică / certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale spitalicești; în situația în care convenția cu unitatea medico-socială se încheie pentru mai mulți medici, ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică / certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a unui medic nu conduce la rezilierea convenției, ci doar la excluderea din convenție a medicului respectiv;
- c) nerespectarea obligațiilor asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;
- d) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești, în termen de 10 zile lucrătoare;

ART. 6

Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) unitatea medico-socială se mută din raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;
- b) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea convenției;

ART. 7

Situațiile prevăzute la art. 5 și la art. 6 lit. b) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la art. 6 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. Corespondența

ART. 8

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

Fiecare parte din convenție este obligată ca, în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție, să notifice celeilalte părți schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenției

ART. 9

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

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în doua exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurari de Sanatate
Președinte - director general,
.....

Medic
.....

Vizat
Compartiment juridic și contencios,
.....