

Nr. 416 / 31.03.2009

Nr. 428 / 31.03.2009

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 2009

Având în vedere referatul de aprobare comun al Ministerului Sănătății și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. IB/3398/31.03.2009 și nr. DGM 11/31.03.2009,

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. 1718/2008 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 1.714/2008 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, cu modificările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății 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 pe anul 2009, prevăzute în anexele nr. 1 - 37, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. - Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 aprilie 2009. De la această dată își încetează aplicabilitatea Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 522/236/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2008, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 257 și 257 bis din 1 aprilie 2008, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 3. - Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Ion Bazac

Irinel Popescu

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

CAPITOLUL I

Pachet de servicii medicale de bază

A. Servicii profilactice:

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

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

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

- a) luarea în evidență în primul trimestru;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;
În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;
- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
- d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;
- e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;
- f) consiliere pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.

NOTĂ:

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 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, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate.

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 prevederilor legale în vigoare:

- 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 prevederilor legale în vigoare, altele decât cele menționate la lit. a).

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

9. Servicii de planificare familială:

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

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 și monitorizare, 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. Vizitele la domiciliu se efectuează la solicitarea persoanei sau aparținătorului și medicul le consemnează în caietul de deplasare care va conține: numele și prenumele persoanei căreia i s-au acordat serviciile medicale, motivul solicitării, data și ora acordării serviciilor medicale. Pentru bolnavii imobilizați (paraplegici, tetraplegici, și alte situații de deficiență a trenului inferior) medicul de familie efectuează cel puțin un control periodic pe an la domiciliul acestora.

8. Monitorizarea tratamentului și a evoluției stării de sănătate a bolnavilor cronici.

9. Consultații la domiciliul asiguraților în afara programului de lucru - maximum 5 consultații/săptămână/medic.

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 dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea;

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 în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit;

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; adevăruri medicale pentru copii necesare înscrierii în colectivități; scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri; adevăruri medicale solicitate de personalul sanitar pentru exercitarea profesiei, precum și de celălalt personal angajat în sistemul sanitar și al asigurărilor sociale de sănătate.

E. Servicii medicale paraclinice – EKG și ecografie generală (abdomen + pelvis), în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa 11 și pentru care încheie acte adiționale la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Decontarea acestor servicii se face din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice.

CAPITOLUL 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 dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea;

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: în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit.

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) 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, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate.

D. Servicii de planificare familială:

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

Casele de asigurări de sănătate decontează un singur serviciu medical prevăzut la lit. a) și b), la o perioadă de minimum 6 luni.

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

- a) luarea în evidență în primul trimestru;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.
În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;
- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
- d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;
- e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;

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.

CAPITOLUL 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 dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea;

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 în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru stabilit;

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen obiectiv, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament)

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

a) luarea în evidență în primul trimestru;

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

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

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

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

e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;

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 1:

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene / Spațiului Economic European, titulari de card european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. III lit. A, B și E, iar în cazul literei E beneficiază de prescripții pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene / Spațiului Economic European

titulari de card european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, se pot prezenta la oricare medic de familie aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

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

NOTA 2:

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

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

(2) Suma convenită prin plata "per capita" pentru serviciile menționate la lit. e) se calculează prin înmulțirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a 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 înscriși în lista medicului de familie, existenți în ultima zi a lunii precedente.

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

4. în situația în care numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de asigurați de pe lista fiecărui medic de familie și structura acestora pe grupe de vârstă este mai mare de 23.000 de puncte/an și numărul de asigurați înscriși pe lista medicului de familie este mai mare de 2.000, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează:

- cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 23.000 - 29.000;
- cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 29.001 - 35.000;
- cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 35.000.

Reducerea numărului de puncte "per capita" potrivit prevederilor de mai sus nu se aplică pentru cabinetele medicale cărora li se aplică majorări ale punctelor "per capita", stabilite potrivit criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, aprobate prin ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleași condiții ca și medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniți, cu respectarea prevederilor art. 22 alin. (3) și (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare, privind numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscriși pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare, se stabilește conform lit. a).

c) Medicii nou-veniți într-o localitate în condițiile prevederilor art. 30 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare, 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care și-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniți au obligația ca în termen de maximum 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de 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 șase luni.

Pentru cele 6 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare, venitul se stabilește conform lit. a).

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

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

Pentru cabinetele medicale care au punct /puncte de lucru și un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul și pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărțit în funcție de programul de lucru – exprimat în ore desfășurate la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru, iar numărul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta în funcție de sporul de zonă aferent localității unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

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

2. în raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte 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 angajează un medic/medici de familie, 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/medicilor angajați, pentru punctele ce depășesc acest nivel. În situația în care titularul unui cabinet medical individual are mai mult de un medic angajat, corecția în raport cu gradul profesional al medicului titular se aplică la un număr de puncte de până la 23.000 inclusiv, iar punctele ce depășesc acest nivel se vor ajusta în funcție de gradul profesional cel mai mare al medicilor angajați.

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

e) Serviciile cuprinse la cap. I lit. A pct. 2 lit. f), pct. 3, pct. 4, pct. 6, pct. 7 lit. b) și pct. 9, lit. B pct. 1, 2, 3, 4, 5, 7 și 8, lit. C pct. 1) și lit. D 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 pacienților din statele membre ale Uniunii Europene / Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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	
3) Monitorizarea evoluției sarcinii conform cap. I lit. A pct. 2 lit. a) - c) cap. II lit. E 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 lună
4) Urmărirea leuzei, conform cap. I lit. A pct. 2 lit. d) și e), cap. II lit. E 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, cap. I lit. B pct. 6 din anexa nr. 1	40/lună	
7) Serviciile prevăzute:		
a) la cap. II lit. A și cap. III lit. A din anexa nr. 1	6/solicitare	
b) la cap. II lit. B (pentru depistare) și cap. III lit. B (pentru depistare) din anexa nr. 1	10/caz confirmat	
c) la cap. II lit. B (pentru supraveghere) și cap. III lit. B (pentru supraveghere) din anexa nr. 1	1 punct pe persoană	lunar

8) Bolnav TBC nou, descoperit activ de medicul de familie, trimis și confirmat de specialist, conform cap. I lit. A pct. 8 din anexa nr. 1	20/caz confirmat	
9) 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
10) Serviciile medicale curative prevăzute la cap. III lit. E din anexa nr. 1	3/solicitare	maximum 2/lună
11) Serviciile prevăzute la cap. II lit. D din anexa nr. 1	4/solicitare = persoană	
12) Serviciile medicale curative prevăzute la cap. I lit. B pct. 9 din anexa nr. 1	10/consultație	

*) Pentru imunizările efectuate în colectivități școlare, acolo unde nu există medic școlar, acestea se efectuează de către medicii de familie desemnați de direcțiile de sănătate publică și comunicați caselor 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 direcția 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 direcției 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 și, după caz, unele materiale sanitare prescrise, trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul stabilit. Pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, prescripția medicală se completează, folosind exclusiv formularul tipizat aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, 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, respectiv a materialelor sanitare prescrise; pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripție medicală distinctă;

b) investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul prezumtiv, care se consemnează în fișa de consultație și registrul 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 direcțiile de sănătate publică și comunicați caselor de asigurări de sănătate, care răspund atât de efectuarea inoculărilor, cât și de verificarea stării de sănătate a persoanelor care trebuie imunizate. Medicii care au efectuat imunizările sunt obligați să raporteze nominal și pe cod numeric personal (CNP) caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică vaccinările efectuate. Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să informeze medicii de familie pe a căror listă se regăsesc persoanele imunizate despre efectuarea acestor servicii medicale, pentru a fi trecute în registrul propriu de 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 direcțiilor de sănătate publică. În ambele situații medicul înlocuitor trebuie să aibă licență de înlocuire temporară, iar preluarea activității se face pe bază de convenție de înlocuire. Licența de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înștiințarea în scris a casei de asigurări de sănătate și a direcției de sănătate publică. Pentru asigurarea condițiilor în vederea preluării activității unui medic de familie de către alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispoziție medicilor de familie listele cu medicii de familie aflați în evidența acestora, fără obligații contractuale, cum este și cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condițiile legii.

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

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

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

(3) Pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare înlocuirea medicului absent se poate face și pe bază de reciprocitate între medici, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru în mod corespunzător, în funcție de numărul de servicii medicale solicitate de asigurații din lista proprie și cei din lista medicului înlocuit. Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune anterior

perioadei de absență, la casa de asigurări de sănătate, un exemplar al convenției de reciprocitate și va afișa la cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă de maximum 60 de zile calendaristice pe an.

(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute la alin. (1) – (3) poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați.

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 6. - (1) Medicii de familie nou-veniți într-o localitate încheie cu casa de asigurări de sănătate o convenție de furnizare de servicii medicale pe o perioadă de maximum 3 luni - perioadă considerată necesară pentru înscrierea 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta, conform anexei nr. 3 la ordin, pentru lista pe care acesta și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate va înceta la expirarea celor șase 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare, 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. 90% pentru plata "per capita" și 10% 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. d) pct. 1 din prezentul ordin;

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

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

Art. 9. - (1) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita" este unică pe țară; pentru trim. II și III ale anului 2009 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata „per capita” este în valoare de 4,10 lei; pentru trim. IV 2009 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata „per capita” va fi calculată în funcție de fondurile aprobate cu această destinație, va fi prevăzută în norme și nu va putea fi mai mica decât valoarea minim garantata din trim. II și III.

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

(3) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu este unică pe țară; pentru trim. II și III ale anului 2009 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu este în valoare de 1,50 lei; pentru trim. IV 2009 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu va fi calculată în funcție de fondurile aprobate cu această destinație, va fi prevăzută în norme și nu va putea fi mai mică decât valoarea minimă garantată din trim. II și III.

(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 cuvenită 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 cuvenită 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 7 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 și se validează conform prevederilor contractului-cadru și a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor cuvenite 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 cuvenite medicului de familie.

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

(3) Eventualele erori de validare se regularizează trimestrial la nivelul caselor de asigurari de sanatate.

Art. 14. - Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală primară, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor de familie la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare, prin nerespectarea nejustificată a 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, ale cărui număr de telefon și adresă vor fi afișate la cabinetul medical. Pentru aceste situații medicii de familie trebuie să depună la casa de asigurări de sănătate copia documentelor justificative. În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați.

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

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

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

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

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

și

Cabinetul medical de asistență medicală primară....., organizat astfel:

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

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

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

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

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

cu certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr.,
sau actul de înființare sau organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară,
după caz, nr. (furnizorii organizați conform O.G. 124/1998 privind
organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea
nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al
cabinetelor medicale indiferent de forma lor de înființare și organizare), autorizație sanitară de
funcționare pentru cabinet/raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate publică prin care se
confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, autorizație
sanitară de funcționare pentru punctul secundar de lucru nr. /raportul de inspecție eliberat de
direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare
prevăzute de lege, având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna
....., str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul
....., telefon, și sediul punctului secundar de lucru în localitatea
....., str. nr., telefon, cont nr.
deschis la Trezoreria statului, sau cont nr., deschis la Banca
....., cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) 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
la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării
contractului, dovada de evaluare a unității sanitare nr., dovada de evaluare a punctului
secundar de lucru nr., dovada plății contribuției la Fondul Național Unic de Asigurări
Sociale de Sănătate.

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 2009, aprobat prin Hotărârea

Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

Art. 2. - Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare.

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, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene / Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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 2009.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 6. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista acestora pentru informarea asiguraților;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe

suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare și la negocierii clauzelor contractuale;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

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

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

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

h) să facă publice valorile definitive ale punctelor rezultate în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate dar nu mai târziu de data de 26 a lunii următoare încheierii trimestrului;

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

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

k) să deconteze furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară cu care are încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților înscriși, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

l) să încaseze de la furnizorii 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 unor materiale sanitare precum 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 furnizori. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi conform prevederilor legale în vigoare.

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

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, are 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 - această actualizare nu se referă la calitatea de asigurat; să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale prevăzute în 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 are obligația să transfere fișa medicală a asiguratului, prin poștă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare și să păstreze minimum 1 an o copie după fișa medicală a acestuia;

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

4. să înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie la prima consultație, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora 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 a încheiat contract de furnizare de servicii medicale ori de către 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 proprie, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat conform prevederilor legale în vigoare;

9. să prescrie investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu; să recomande numai investigațiile medicale paraclinice care sunt în concordanță cu diagnosticul; să utilizeze pentru recomandarea investigațiilor medicale paraclinice numai biletele de trimitere pentru investigațiile paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care sunt formulare

cu regim special, unice pe țară; să refuze, prin medicii de familie pe care îi reprezintă transcrierea de investigații paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alți medici.

10. să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele sub forma denumirii comune internaționale (DCI), astfel cum acestea sunt prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, situație în care medicul prescrie medicamentele necesare pe denumire comercială, și după caz, unele materiale sanitare, în concordanță cu diagnosticul, numai ca o consecință a actului medical propriu; să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor și a unor materiale sanitare numai formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară; să refuze, prin medicii de familie pe care îi reprezintă, transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților și după caz, pentru unele materiale sanitare, care sunt consecințe 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 și, după caz, pentru unele materiale sanitare de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală, folosind exclusiv formularul tipizat aprobat prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 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; să completeze prescripție medicală distinctă pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală prescrise în baza scrisorii medicale permise de la medicul de medicina muncii; să prescrie inclusiv medicamente, ca o consecință a actului medical prestat de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, în cadrul „Programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 600 de lei pe lună”.

11. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale 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;

12. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului, referitoare 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 titularii ai cardului european de asigurări sociale sănătate/ beneficiarii ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 și pentru beneficiarii ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. 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 datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

16. să întocmească, prin medicii pe care îi reprezintă, formularul de bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, care este formular cu regim special, unic pe țară, 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 formularele privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare;

18. să respecte programul de lucru prevăzut în contract pe care să-l afișeze la loc vizibil și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor 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 a mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 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;

21. să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, în limita competenței, ori de câte ori se solicită;

22. să acorde servicii medicale asiguraților fără nicio 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 și sugarilor;

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008; și să refuze, prin medicii de familie pe care îi reprezintă, transcrierea oricăror acte medicale cum ar fi concedii medicale, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de trimitere pentru consultații de specialitate sau internare, și altele asemenea.

26. cabinetele medicale funcționează cu minimum un asistent medical indiferent de numărul de asigurați înscriși pe listă;

27. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate conform dispozițiilor legale;

28. să raporteze casei de asigurări de sănătate serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale; începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

29. să acorde asistența medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a

încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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 ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

32. să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ.

33. să întocmească prin medicii pe care îi reprezintă, bilet de trimitere, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare acordate de către societăți de turism balnear și de recuperare, atunci când este cazul, și să consemneze în acest bilet sau să atașeze la bilet, în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

34. să acorde cu prioritate asistență medicală personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu respectarea tuturor prevederilor privind condițiile acordării serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale 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 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare:

DA/NU

1.3. Medic nou-venit în localitate, în condițiile prevederilor art. 30 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare, care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale încheiată pe o perioadă de 3 luni:

DA/NU

Perioada de plată în condițiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare: de la până la

1.4. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata "per capita" este unică pe țară; pentru trim. II și III ale anului valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata „per capita” este în valoare de 4,10 lei; pentru trim. IV 2009 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata „per capita” va fi calculată în funcție de fondurile aprobate cu această destinație, va fi prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare, și nu va putea fi mai mică decât valoarea minimă garantată din trim. II și III.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau lit. c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare, se ajustează în raport:

- a) cu condițiile în care își desfășoară activitatea
medicul de familie:%
- b) cu gradul profesional:
 - 1) - medic primar%
 - medic care nu a promovat un examen de specialitate%
 - 2) pentru cabinetele medicale 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, pentru serviciile medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, precum și pentru serviciile medicale acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene / Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pentru serviciile pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunțate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu este unică pe țară, pentru trim. II și III ale anului 2009 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu este în valoare de 1,50 lei; pentru trim. IV 2009 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu va fi calculată în funcție de fondurile aprobate cu această destinație și va fi prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 cu modificările și completările ulterioare și nu va putea fi mai mică decât valoarea minimă garantată din trim. II și III.

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

a) Medic de familie

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

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical

Nume Prenume
Cod numeric personal
2.
.....

b) Medic de familie

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

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical

Nume Prenume
Cod numeric personal
2.
.....

c)
.....

Art. 9. - (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale 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 2009.

(3) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita" se diminuează în cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate din punct de vedere medical de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și investigații paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alți medici, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 7 pct. 10 din prezentul contract, pentru fiecare situație, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

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

În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 1, 8, 17, 18 și a nerespectării termenului de 5 zile lucratoare de remediere a situațiilor prevăzute la art. 7 pct. 2, 3, 4, 5, 6, 15, 16, 20, 22, 23, 24, 28, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului per capita pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, după cum urmează:

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

VII. Calitatea serviciilor

Art. 10. - Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea nr. 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 calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

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

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

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

Art. 13. - Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

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

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

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

d) revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

e) 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;

f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. 7, 9, 10, 11, 13, 19, 21, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33 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, precum și dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale, iar în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifica în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive ;

g) la a patra constatare a nerespectării 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;

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

i) în cazul în care numărul de asigurați și al persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale din lista proprie a unui medic de familie scade timp de 6 luni consecutiv sub numărul minim stabilit conform art. 22 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008;

j) 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 nejustificată a programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate din punct de vedere medical de medicamente și/sau recomandări de investigații paraclinice, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și investigații paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alți medici, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 7 pct. 10 din prezentul contract, pentru fiecare situație;

k) 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;
- c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate și cu avizul casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an;
- d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior.

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

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

XII. Modificarea contractului

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

Art. 19. - Valorile definitive ale punctului "per capita" și pe serviciu 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 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 prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi în două exemple 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 relații cu
furnizorii,

.....

Vizat

Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale

ACT ADIȚIONAL
pentru serviciile medicale paraclinice – EKG, respectiv ecografii generale (abdomen și pelvis) efectuate de medicii de familie.
Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

Vizat
Casa de Asigurări de Sănătate

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

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

I. Părțile convenției de înlocuire:

Dr.,

(numele și prenumele)

reprezentant legal al cabinetului medical, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județ/sector, telefon/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.,

(numele și prenumele)

cu licența de înlocuire ca medic de familie nr.

II. Obiectul convenției

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

III. Motivele 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., et., ap., județul/sectorul, telefon/fax, cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate, cont nr. deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca, cod unic de înregistrare, al cărui reprezentant legal este:

.....

(numele și prenumele)

având codul numeric personal nr.

și

Dr.

(numele și prenumele)

cu licența de înlocuire ca medic de familie nr.

II. Obiectul convenției

Preluarea activității medicale a medicului de familie, cu 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 sau alte studii medicale de specialitate

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. Pentru punctajul "per capita" se va lua în calcul gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției.

3. Termenul de plată

4. Documentul de plată

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,

.....

Director executiv al Direcției management ,
și economice

.....

Director executiv al Direcției relații cu
furnizorii,

.....

Vizat

Juridic , contencios și aplicare acorduri internaționale

Medicul înlocuitor,

.....

De acord,

Reprezentant legal al
cabinetului medical**)

.....

*) 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, reprezentată prin, cu certificatul de înregistrare în
Registrul unic al cabinetelor medicale nr. sau actul de înființare sau organizare, în
concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz, nr. (furnizorii
organizați conform O.G. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale,
aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la
contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale indiferent de forma
lor de înființare și organizare), autorizație sanitară de funcționare pentru cabinet nr.
...../raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă
îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, autorizație sanitară de
funcționare pentru punctul de lucru secundar nr., având sediul cabinetului medical în
municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et.
...., ap., județul/sectorul, telefon, și sediul punctului de lucru secundar în
comuna, str. nr., telefon, cont nr.
deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca, cod
numeric personal (copie BI/CI, după caz) 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 la data încheierii convenției, cu obligația
furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării convenției, dovada de evaluare a punctului
secundar de lucru nr., dovada plății contribuției la Fondul Național Unic de Asigurări
Sociale de Sănătate.

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 2009, aprobat prin Hotărârea
Guvernului nr. 1714/2008 cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de
aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

Art. 2. - Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de
servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru
persoanele care se asigură facultativ prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al
președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice
de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul
sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului
nr. 1714/2008 cu modificările și completările ulterioare.

IV. Durata convenției

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

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 4. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie convenții numai cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sanătate lista acestora pentru informarea asiguraților;

b) să plătească venitul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

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

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

f) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de încheiere a convențiilor;

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

h) să încaseze de la furnizorii 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 unor materiale sanitare, precum 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 furnizori. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi conform prevederilor legale în vigoare.

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

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, are 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 și lehuzele 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 a încheiat convenție de furnizare de servicii ori de către 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 la înscrierea pe lista proprie documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, conform prevederilor legale în vigoare;

7. să prescrie investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu; să recomande numai investigațiile medicale paraclinice care sunt în concordanță cu diagnosticul; să utilizeze pentru recomandarea investigațiilor medicale paraclinice numai biletele de trimitere pentru investigațiile paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care sunt formulare cu regim special, unice pe țară; să refuze, prin medicii de familie pe care îi reprezintă transcrierea de investigații paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alți medici.

8. să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele sub forma denumirii comune internaționale (DCI), astfel cum acestea sunt prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, situație în care medicul prescrie medicamentele necesare pe denumire comercială, și după caz, unele materiale sanitare, în concordanță cu diagnosticul, numai ca o consecință a actului medical propriu; să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor și a unor materiale sanitare numai formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară; să refuze, prin medicii de familie pe care îi reprezintă, transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților și după caz, pentru unele materiale sanitare, care sunt consecințe 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 și, după caz, pentru unele materiale sanitare de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală, folosind exclusiv formularul tipizat aprobat prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 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; să completeze prescripție medicală distinctă pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii; să prescrie inclusiv medicamente, ca o consecință a actului medical prestat de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, în cadrul „Programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 600 de lei pe lună”.

9. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale 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;

10. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

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

12. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

13. să întocmească, prin medicii pe care îi reprezintă, formularul de bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, care este formular cu regim special, unic pe țară, 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;

14. să completeze corect și la zi toate formularele cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare;

15. să respecte programul de lucru prevăzut în convenție pe care să-l afișeze la loc vizibil și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică;

16. 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, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării convenției;

17. să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

18. să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, în limita competenței, ori de câte ori se solicită;

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

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

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

22. să 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008; să refuze, prin medicii de familie pe care îi reprezintă, transcrierea oricăror acte medicale cum ar fi concedii medicale, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de trimitere pentru consultații de specialitate sau internare, și altele asemenea.

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

24. să raporteze casei de asigurări de sănătate serviciile care fac obiectul convenției; începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

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

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

27. să 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 de asigurări sociale de sănătate / beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității și pentru beneficiari ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

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

29. să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ.

30. să întocmească, prin medicii pe care îi reprezintă, bilet de trimitere, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare acordate de către societăți de turism balnear și de recuperare, atunci când este cazul, și să consemneze în acest bilet sau să atașeze la bilet, în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

31. să acorde cu prioritate asistență medicală personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu respectarea tuturor prevederilor privind condițiile acordării serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale 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 componența cabinetului medical cu care s-a încheiat convenția:

a) Medic de familie nou-venit

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafă a medicului

Program de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit lei
Sporul acordat în raport cu condițiile în care își desfășoară activitatea %
Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care
își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit lei
Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit lei, plătit la data de
.....

b) Medic de familie nou-venit

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafă a medicului

Program de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit lei

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

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

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

c)

.....

VII. Calitatea serviciilor

Art. 7. - Serviciile medicale furnizate în baza prezentei convenții trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea nr. 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. Clauză 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 calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

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

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea convenției

Art. 10. - Convenția de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

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

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

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

d) revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

e) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 5 pct. 7, 8, 9, 11, 16, 18, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 30 la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform convenției acestora nu au fost efectuate, precum și dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în convenție prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale, iar în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifica în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

f) la a patra constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 5 pct. 2, 3, 4, 5, 12, 13, 17, 19, 20, 21, 24, 27;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 pct. 1, 6, 10, 14, 15;

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 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 de 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;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate și cu avizul casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an;

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

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 înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

XI. Corespondența

Art. 14. - Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

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

XII. Modificarea convenției

Art. 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 puțință 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, sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,

.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Reprezentant legal,

.....

Director executiv al Direcției management și economică,

.....

Director executiv al Direcției relații cu

furnizorii

.....

Vizat

Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale

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

CAPITOLUL I**Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice****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, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicii cu care casa de asigurări de sănătate are încheiate convenții conform anexei nr. 36 la ordin, precum și pe baza scrisorii medicale și a biletului de ieșire din spital, după caz. Fac excepție de la prevederile anterioare urgențele și consultațiile de control pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, serviciile de medicină dentară și planificare familială, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a acestuia, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE 1408/1971, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății nu se solicită bilet de trimitere decât pentru consultațiile și serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua și a treia consultație în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

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

Consultația medicală de specialitate cuprinde:

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

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare, altele decât cele prevăzute la lit. B;

- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-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);

- 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	15 puncte	10 puncte

Trecerea în grupa de vârstă următoare se face în luna următoare împlinirii vârstei de către asigurat.

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 alergenic standardizate	10/ ședință
A5	Peakflow metrie	5
A6	Spirometrie (efectuate)	10
A7	Aerosoli/caz	6
A8	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor	15
B.	Cardiologie	
	Consultația de cardiologie include și interpretarea EKG	
B1	Examen electrocardiografie (efectuate)	7
B2	Interpretare EKG continuu (24 ore, Holter)	20
B3	Interpretare Holter TA	15
B4	Oscilometrie	5
B5	Efectuare EKG de efort	10
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	10
Cc.22	Degerăturilor (gr. și gr. II)	12
Cc.23	Flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos	25
Cc.24	Adenoflegnionului	20
Cc.25	Supurațiilor postoperatorii	20
Cc.26	Consultația, tratamentul și îngrijirea piciorului diabetic (polinevrita, supurații, microangiopatie)	22
Cc.	Consultația și terapia chirurgicală (inclusiv anestezia locală) a:	
Cc.27	Afecțiunilor mamare superficiale	20
Cc.28	Supurațiilor mamare profunde***)	25
Cc.29	Granulomului ombilical	15
Cc.30	Abcesului perianal	25
Cc.31	Fimozei (decalotarea, debridarea)	10
Cc.	Consultația și terapia chirurgicală (inclusiv anestezia locală) a:	
Cc.32	Polipului rectal procident (extirpare)	25
Cc.33	Tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate	20
Cc.34	Tumorii scalpului, simplă	20
Cc.35	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)	25
C.5	Colonoscopie diagnostică	35
D.	Dermatovenerologie	
D.1	Electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune	10
D.2	Crioterapia/ședință	10
D.3	Tratamente cu laser soft/ședință	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
D.7	Tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate (anestezie, excizie, sutură - inclusiv îndepărtarea firelor, pansament).	25
D.8	Fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate (nev pigmentar congenital, macule de culoare cafea cu lapte, hemangiom, hemangiom capilar, nevil Ota etc.)	25
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 electrocardiografie (efectuare)	7
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	35
G.5	Bandare varice esofagiene	45
G.6	Extracție endoscopică corpi străini	20
G.7	Endoscopie digestivă superioară diagnostică (esofag, stomac, duoden)	25
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 (numai la recomandarea medicului cu specialitatea neuropsihiatrie infantilă)	30
J.11	Psihodiagnostic psiholog	30
Jc.12	Consultație logopedie*)	15
	*) Pentru copiii sub 6 ani 20 puncte	
J.13	Kinetoterapie individuală - kinetoterapeut	10
J.14	Kinetoterapie pe grup - kinetoterapeut	4
J.15	Kinetoterapie pe aparate speciale - kinetoterapeut	4
K.	Nefrologie	
K.1	Examen electrocardiografie (efectuare)	7
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)	25
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*)	5
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	

	aparaturii lacrimale, determinarea acuității vizuale, prescripția corecției optice, determinarea tensiunii oculare, examinarea motilității oculare, examen în lumină difuză	
N.1	Biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia	12
N.2	Determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie*), astigmatometrie)	5
N.3	Explorarea câmpului vizual (perimetrie)	15
N.4	Explorarea funcției binoculare (test Worth, Maddox, sinoptofor) examen pentru diplopie	10
N.5	Tonometrie; pahimetrie corneeană	5
N.6	Extracția corpiilor străini corneo-conjunctivali	13
N.7	Tratamentul chirurgical al unor afecțiuni ale anexelor globului ocular (șalazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme)	20
N.8	Sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă; Tratamentul chirurgical al pingueculii Tratamentul chirurgical al pterigionului	25
N.9	Criocoagularea (crioaplicația) conjunctivală - transschelară	12
N.10	Tratament cu LASER al polul posterior	40
N.11	Tratamentul cu LASER al polul anterior	30
N.12	Tratamentul ortoptic/ședință	10
N.13	Biometrie	15
N.14	Injecție 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 otomatomului	5
O.9	Audiometrie la căști sau în câmp liber vocală sau tonală	20
O.10	Foniatrie	20
O.11	Aerosoli/caz	6
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, metacarpene, tarsiene, metatarsiene, falange	25
Pc.2	Entorsei sau luxației patellei, 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 soldului 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
P.4	Kinetoterapie individuală - kinetoterapeut	10
P.5	Kinetoterapie pe grup - kinetoterapeut	4
P.6	Kinetoterapie pe aparate speciale - kinetoterapeut	4
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	6
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 (numai la recomandarea medicului cu specialitatea neuropsihiatrie infantila	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
U.8	Kinetoterapie individuală - kinetoterapeut	10
U.9	Kinetoterapie pe grup - kinetoterapeut	4
U.10	Kinetoterapie pe aparate speciale - kinetoterapeut	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.C	Consultația inițială specifică pentru geriatrie	25
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	35
X.5	Examen electrocardiografie (efectuare)	7
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)	25
X.10	Spirometrie	10
X.11	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor	15
X.12	Teste de provocare nazală, oculară, bronșică	5
X.13	Aerosoli/caz	6
X.14	Examen electrocardiografic de efort (efectuare)	10
X.15	Extracție endoscopică corpi străini	20
X.16	Consiliere geriatrică nespecifică	15
Y.	Pediatrie	
	Consultația de pediatrie include și stabilirea criteriilor antropometrice, a curbilor 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	6
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)	25
Z.	Planificare familială	
Z.1	Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau	8

Z.2	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie	5
Z.3	Administrare intravenoasă de medicamente	4
Z.4	Test de sarcină	8
Q.1	Acupunctura (consultație și proceduri)****)	
Q.2	Homeopatie, fitoterapie (consultație inițială și consultații de control)*****)	
W	Boli infecțioase	
	Consultație boli infecțioase	
Wc.1	Consiliere pentru anumite boli infecțioase	15
W1.	Administrare intravenoasă de medicamente	4
W.2	Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie	5
W.3	Administrare de aerosoli/caz	6
W.4	Diagnostic bacteriologic și virusologic	4

*) 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.

****) 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/procedură, 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 decontază o consultație inițială și maximum două consultații de control/diagnostic.

*****) Medicii cu specialitatea „chirurgie și ortopedie pediatrică” pot efectua și raporta atât servicii medicale cuprinse la lit. C, cât și servicii medicale cuprinse la lit. P, conform curiculei de pregătire.

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 competența legală necesară, dovedită cu următoarele documente: certificate de competență, certificate de supraspecializări, și atestate de studii complementare. 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.

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

d) In situatia in care un medic are mai multe specialitati clinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii publice acesta isi poate desfasura activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate, putand acorda și raporta servicii medicale aferente specialitatilor respective, în condițiile in care cabinetul medical este inregistrat in registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialitati.

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 intercurente (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.

CAPITOLUL II

Pachetul de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice

1. Pachetul de servicii medicale de bază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
- Hematologie			
1	2 . 8 0 7 0	Hemoleucograma completă - hemoglobină, hematocrit,	

							numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formula leucocitară, indici eritrocitari*1)	13,06
2	2	.	8	0	4	0	Numărătoare reticulocite*1)	2,90
3	2	.	8	0	3	0	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	17,35
4	2	.	8	1	0	0	VSH*1)	2,45
5	2	.	8	6	0	1	Timp de coagulare	2,84
6	2	.	8	6	0	2	Timp de sângerare	2,74
7	2	.	8	6	2	1	Timp Quick, activitate de protrombină*1)	6,73
8	2	.	8	6	0	3	INR*1) (International Normalised Ratio)	7,95
9	2	.	8	6	2	2	APTT	11,46
10	2	.	8	2	1	1	Determinare grup sanguin ABO (la gravidă*1))	7,03
11	2	.	8	2	1	2	Determinare grup sanguin Rh (la gravidă*1)	7,34
12	2	.	8	2	3	0	Anticorpi specifici anti Rh (la gravidă*1)	7,03

- Biochimie

13	2	.	1	1	2	0	Uree serică*1)	5,46
14	2	.	1	1	3	0	Acid uric seric*1)	5,46
15	2	.	1	1	4	0	Creatinină serică*1)**)	5,52
16	2	.	1	5	1	0	Calciu ionic seric*1)	7,34
17	2	.	1	5	1	1	Calciu seric total*1)	5,00
18	2	.	1	5	7	0	Magneziemie*1)	5,00
19	2	.	8	3	9	0	Sideremie*1)	6,62
20	2	.	1	3	1	0	Glicemie*1)	5,35
21	2	.	1	4	2	0	Colesterol seric total*1)	5,35
22	2	.	1	4	0	4	Trigliceride serice*1)	6,56
23	2	.	1	4	4	1	HDL colesterol	7,63
24	2	.	1	4	4	3	LDL	7,17
25	2	.	1	4	0	0	Lipide totale serice*1)	5,83
26	2	.	1	0	2	0	Proteine totale serice*1)	6,56
27	2	.	4	6	0	0	TGO*1)	5,43
28	2	.	4	6	1	0	TGP*1)	5,46
29	2	.	4	7	2	0	Fosfatază alcalină*1)	7,26
30	2	.	3	2	1	0	Fibrinogenemie*1)	12,75
31	2	.	4	6	8	0	Gama GT	7,45
32	2	.	4	5	0	0	LDH	8,28
33	2	.	1	0	1	5	Bilirubină totală	5,46
34	2	.	1	0	1	6	Bilirubină directă	5,46
35	2	.	4	9	6	1	Electroforeza proteinelor serice*1)	14,16
36	2	.	4	9	6	2	Electroforeza lipidelor serice	15,95
37	2	.	6	0	2	1	VDRL*1)	5,12
38	2	.	6	0	2	2	RPR*1)	5,11

39	2	.	6	0	2	3	Confirmare TPFA*1), *4)	11,45	
40	2	.	1	5	6	0	Determinare litiu	11,30	
40 bis		2	.	1	0	2	6 | Hemoglobina glicozilata*5)	21,06	
- Imunologie									
41	2		4	3	1	7	0	Bitest (free betal HCG și PAPP-A ****)	150
42	2	.	6	2	5	0		ASLO*1)	10,70
43	2	.	6	6	9	2		Factor reumatoid	8,70
44	2	.	6	6	9	1		Proteina C reactivă*1)	9,94
45	2	.	6	7	3	1		IgA, seric	13,76
46	2	.	6	7	3	2		IgE seric	13,32
47	2	.	6	7	3	3		IgM seric	14,07
48	2	.	6	7	3	4		IgG seric	13,76
49	2	.	5	5	4	0		Imunofixare	8,33
50	2	.	6	7	8	0		Crioglobuline	5,83
51	2		4	3	0	0	1	1 | Complement seric C3	10,10
52	2		4	3	0	0	1	2 | Complement seric C4	10,10
53	2	.	6	2	0	5		Depistare Chlamydii	18,21
54	2	.	6	2	0	6		Depistare Helicobacter Pylori	20,12
55	2	.	5	5	6	0		Testare HIV (la gravidă*1))	31,02
56	2	.	4	0	6	0		TSH	19,10
57	2	.	4	0	4	0		FT4	19,41
58	2	.	6	3	9	1		Ag Hbe*2)	53,46
59	2	.	6	3	9	2		Ag HBs (screening)*2)	29,03
60	2	.	6	2	0	1		Anti-HAV IgM*2)	38,19
61	2	.	6	2	0	2		Anti-HBc*2)	30,55
62	2	.	6	2	0	3		Anti-Hbe*2)	35,13
63	2	.	6	2	0	4		Anti HCV*2)	60,48
64	2	.	4	3	2	1		FSH	22,20
65	2	.	4	3	2	2		LH	22,20
66	2	.	4	3	2	3		Estradiol	22,20
67	2	.	4	3	0	0		Cortizol	25,97
68	2	.	4	3	3	2		Progesteron	23,59
69	2	.	4	3	3	1		Prolactină	23,59
- Exudat faringian									
70	2	.	5	0	6	1		Cultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
71	2	.	7	0	1	1		Cultură fungi (inclusiv fungigrama pentru culturi pozitive)	15.44
- Examene spută***)									
72	2	.	5	0	0	1		Examen microscopic nativ	4,97
73	2	.	5	0	4	1		Examen microscopic colorat - Ziehl Neelsen	14,07
74	2	.	5	0	3	1		Examen microscopic colorat Gram	6,62
75	2	.	5	0	6	2		Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi	

							pozitive)	15,44
76	2	.	7	0	1	2	Cultură fungi (inclusiv fungigrama pentru culturi pozitive)	15,44
- Analize de urină								
77	2	.	3	4	5	0	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1)	8,70
78	2	.	5	0	4	2	Examen microscopic colorat - Ziehl Neelsen ***)	14,07
79	2	.	5	0	6	3	Urocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,44
80	2	.	2	2	0	0	Determinare glucoză urinară*1)	4,59
81	2	.	2	0	3	0	Determinare proteine urinare*1)	5,50
- Examine materii fecale								
82	2	.	7	1	2	0	Examen coproparazitologic (3 probe)*1)	11,61
83	2	.	5	0	6	4	Coprocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	21,17
- Examine din secreții vaginale								
84	2	.	5	0	0	2	Examen microscopic nativ	4,59
85	2	.	7	3	4	0	Examen microscopic colorat	5,80
86	2	.	9	1	6	0	Examen Babeș-Papanicolau*1)	36,67
87	2	.	5	0	6	5	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,44
87 88	2	.	7	0	1	3	Cultură fungi (inclusiv fungigrama pentru culturi pozitive)	15,44
- Examine din secreții uretrale, otice, nazale, conjunctivale și puroi								
89	2	.	5	0	3	2	Examen microscopic colorat	5,80
90	2	.	5	0	6	6	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,44
91	2	.	5	0	7	0	Cultură germeni anaerobi (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	21,62
- Examen lichid puncție								
92	2	.	5	0	3	3	Examen microscopic/frotiu	5,35
93	2	.	5	0	6	7	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15,44
94	2	.	9	1	7	0	Citodiagnostic lichid puncție	29,95
- Examen sudoare								
95	2	.	2	8	4	0	Ionoforeză pilocarpinică	15,71
- Examinări histopatologice								
96	2	.	9	0	0	0	Piesă prelucrată la parafină	28,57
97	2	.	9	0	2	1	Bloc inclus la parafină cu diagnostic histopatologic	37,58
98	2	.	9	0	2	0	Diagnostic histopatologic pe lamă	16,96
99	2	.	9	0	1	0	Examen histopatologic cu colorații speciale	115,80
100	2	.	9	0	2	2	Citodiagnostic spută prin	

							includerii parafină	42,48
101	2	.	9	0	2	3	Citodiagnostic secreție vaginală	30,60
102	2	.	9	0	2	4	Examen citohormonal	28,27
103	2	.	9	0	2	5	Citodiagnostic lichid de puncție	29,95
104	2	.	9	0	3	0	Teste imunohistochimice*)	88,52/set
- Examinări radiologice								
105							Radiografie craniană standard în 2 planuri*1)	11,96
106							Radiografie craniană în proiecție specială*1)	18,22
107							Ex. radiologic părți ale scheletului în 2 planuri*1)	15,41
108							Ex. radiologic torace osos sau părți ale lui în mai multe planuri*1)	19,20
109							Ex. radiologic centură scapulară sau pelvină fără substanță de contrast*1)	15,90
110							Ex. radiologic părți ale coloanei vertebrale, mai puțin coloana cervicală*1)	19,51
111							Ex. radiologic alte articulații fără substanță de contrast sau funcționale cu TV*1)	14,59
112							Ex. radiologic coloana vertebrală completă, mai puțin coloana cervicală*1)	32,63
113							Ex. radiologic coloana cervicală în cel puțin 3 planuri*1)	28,69
114							Ex. radiologic torace ansamblu inclusiv ex. Rx.-scopic (eventual cu bol opac)*1)	25,08
115							Ex. radiologic organe ale gâtului sau ale planșeului bucal*1)	24,09
116							Ex. radiologic torace și organe ale toracelui*1)	24,76
117							Ex. radiologic de vizualizare generală a abdomenului nativ în cel puțin 2 planuri*1)	15,41
118							Ex. radiologic esofag ca serviciu independent, inclusiv radioscopie	20,67
119							Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast nonionică*1)	46,91
120							Ex. radiologic tract digestiv cu întinderea examinării până la regiunea ileo-cecală, inclusiv substanța de contrast	71,50
121							Ex. radiologic colon în dublu contrast sau intestin subțire pe sonda duodenală	82,82
122							Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvinaginare	44,76
123							Ex. radiologic tract urinar (urografie minută) cu substanță de contrast nonionică	245,99
124							Examen radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast nonionică	188,09
125							Cistografie de reflux cu substanță de contrast nonionică	237,95

126						Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast nonionică	191,05
127						Pielografie	229,57
128						Ex. radiologic cu substanță de contrast nonionică a uterului și oviductului	301,73
129						Mamografie în 2 planuri*1/pe un sân	27,56
130						Sialografia, galactografia, sinusuri cu contrast, fistulografia cu substanță de contrast nonionică	192,85
131						Flebografia de extremități	208,10
132						Tomografia plană	52,15
133						Angiografia carotidiană	252,05
134						Angiografia RM trunchiuri supraaortice	180,95
135						Angiografia RM artere renale sau aorta	180,95
136						P.E.G.	16,39
137						CT craniu nativ și cu substanță de contrast nonionică	247,61
138						CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast nonionică	258,29
139						CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast nonionică	280,42
140						CT abdomen nativ și cu substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	283,37
141						CT pelvis nativ și cu substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	265,65
142						CT coloană vertebrală nativ și cu substanță de contrast nonionică/segment	263,21
143						CT membre cu substanță nativ și de contrast nonionică/segment	264,51
144						Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	31,48
145						Ecografie abdomen*1)	17,38
146						Ecografie pelvis*1)	14,76
147						Radioscopie cardiopulmonară*1)	16,56
148						Radiografie retroalveolară	7,03
149						Radiografie panoramică	25,08
150						CT craniu fără substanță de contrast nonionică	57,72
151						CT regiune gât fără substanță de contrast nonionică	47,24
152						CT regiune toracică fără substanță de contrast nonionică	112,49
153						CT abdomen fără substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	113,33
154						CT pelvis fără substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	58,38
155						CT coloană vertebrală fără substanță de contrast nonionică/segment	47,06

156					CT membre/segment fără substanță de contrast	41,01
157					Radiografie de membre*1)	14,76
158					EKG*1)	11,37
159					Spirometrie*1)	10,65
160					Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	14,43
161					Oscilometrie*1)	5,42
162					EEG	12,63
163					Electromiografie	17,39
164					Peak-flowmetrie	2,63
165					Endoscopie gastro-duodenală*1)	23,77
166					Ecocardiografie M + 2 D	17,38
167					Ecocardiografie + Doppler	24,44
168					Ecocardiografie + Doppler color	36,25
169					Ecografie de vase (vene)	16,39
170					Ecografie de vase (artere)	19,69
171					Ecocardiografie	17,38
172					Ecografie endocrină	16,39
173					Senologie imagistica - ecografie	16,39
174					Ecografie fetală	22,57
175					Ecografie transfontanelară	22,57
176					Scintigrafia: osoasă, renală, hepatică, tiroidiană, a căilor biliare, cardiacă	295,13
177					RMN cranio-cerebral nativ	300,93
178					RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică etc.) nativ	300,93
179					RMN abdominal nativ	300,93
180					RMN pelvin nativ	300,93
181					RMN extremități nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	300,93
182					RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu subst. contrast	471,46
183					RMN umăr nativ	300,93
184					RMN umăr nativ și cu subst. de contrast	471,46
185					RMN sâni nativ	300,93
186					RMN sâni nativ și cu subst. de contrast	471,46
187					RMN cranio-cerebral nativ și cu contrast	471,46
188					RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică etc.) nativ și cu substanță de contrast	471,46
189					RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast	471,46
190					RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast	471,46
191					Osteodensitometrie segmentară	42,00
192					Osteodensitometrie Wholebody	85,00
193					Ergometrie	24,12

194						Electrocardiografie continuă (24 de ore, Holter)	46,83
195						Holter TA	21,09
196						Ecocardiografie transesofagiană	60,13
197						Monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice	180,00
198						Ecografie de organ	16,39
199						Angiografie CT periferie	350,00
200						Angiografie CT craniu	250,00
201						Angiografie CT regiune cervicală	250,00
202						Angiografie CT abdomen	250,00
203						Angiografie CT pelvis	250,00
204						Angiocoronarografie CT	500,00
205						Colonoscopie virtuală CT	250,00
206						Bronhoscopie virtuală CT	200,00
207						CT ureche internă	200,00
208						Uro CT	250,00
209						RMN cord cu substanță de contrast	471,46
210						Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis, etc.	400,00
211						Uro RMN cu substanță de contrast	625,00
212						Ecografie morfologica fetala (pentru gravide 20 - 23 săptămâni)	250,00
213						Ecografie pentru translucența nucala (pentru gravide 11 - 13,6 săptămâni)	60,13

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

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

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

$$eFG = 186 \times sCr^{-1,154} \times \text{vârsta (ani)}^{-0,203} \times 0,742 \text{ (femei)}$$

unde:

eFG = filtrat glomerular estimat;

sCr = concentrația creatininei serice.

***) Diagnosticul bacteriologic al tuberculozei și al altor micobacterioze se poate efectua numai de personal special instruit pentru acest tip de activitate, care poate face dovada pregătirii într-un laborator desemnat pentru activitatea de instruire practică în acest domeniu.

Diagnosticul bacteriologic al tuberculozei și al altor micobacterioze, prin examen microscopic și/sau prin examen microscopic, cultură și antibiogramă, se efectuează numai în laboratoarele de analize medicale din cadrul spitalelor de pneumoftiziologie și al spitalelor care au în structură secție de pneumoftiziologie.

****) numai pentru gravide 11-13,6 săptămâni.

NOTA 1:

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

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

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

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

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

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.

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, pediatrie, geriatrie și gerontologie cu competențe/supraspecializări/ atestate de studii complementare corespunzătoare specialității;

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

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

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

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

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

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

h) Serviciile prevăzute la poziția 196 198 (ecografie de organ) se decontează numai pentru medicii din specialitățile: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase cu competențe/ supraspecializări /atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

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

NOTA 5:

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

NOTA 6:

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.

Nota 7: Medicii de familie, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 144 - ecografie generală (abdomen + pelvis) și poz. 158 – EKG.

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 următoarele categorii de persoane din cadrul categoriilor prevăzute la art. 214 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare: gravide, copii cu vârste între 0 și 18 ani.

CAPITOLUL III

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

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

COD	ACTE TERAPEUTICE	Tarife - lei	Suma decontată de CAS		
			Copii între 0 - 18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale
1.	Consultație				
1.1	Consultație primară, stabilirea diagnosticului și elaborarea planului de tratament*	11,57	100%		100%
1.2	Consultație secundară, diagnostic și plan de tratament complex	14,49	100%		100%
1.3	Model de studiu	11,57	100%		100%
1.4	Radiografie retroalveolară/	7,03	100%	100%	100%

	radiografie inclusiv filmul				
1.5	Radiografie panoramică inclusiv filmul	25,08	100%	100%	100%
2.	Terapia cariei simple				
2.1	Tratamentul cariilor pe 1 suprafață prin obturație cu amalgam	14,49	100%		100%
2.2	Tratamentul cariilor pe 2 suprafețe prin obturații cu amalgam	17,41	100%		100%
2.3	Tratamentul cariilor pe 3 suprafețe prin obturații cu amalgam	20,34	100%		100%
2.4	Tratamentul cariilor pe 1 suprafață prin obturație cu material compozit	21,20	100%		100%
2.5	Tratamentul cariilor pe 2 suprafețe prin obturații cu material compozit	23,26	100%		100%
2.6	Tratamentul cariilor pe 3 suprafețe prin obturații cu material compozit	24,12	100%		100%
2.7	Aplicarea sistemelor de retenție extemporanee	5,84	100%		100%
2.8	Aplicarea sistemelor de retenție prefabricate (per stift)	11,57	100%		100%
2.9	Tratamentul hiperesteziei dentinare/dinte	4,76	100%		100%
	* Se efectuează o singură consultație pe an pentru un asigurat				
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare				
3.1	Pansament calmant	5,84	100%	100%	100%
3.2	Coafaj indirect	8,65	100%		100%
3.3	Coafaj direct	20,34	100%		100%
3.4	Pulpectomie vitală cu obturație canal la monoradiculari (include anestezia)	26,06	100%		100%
3.5	Pulpectomie vitală cu obturație canal la pluriradiculari (include anestezia)	28,99	100%		100%
3.6	Amputație vitală	20,34	100%		100%
3.7	Pulpectomie devitală cu obturație canal la pluriradiculari	26,06	100%		100%
3.8	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturație canal la monoradiculari	28,99	100%		100%
3.9	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturație canal la pluriradiculari	34,83	100%		100%
3.10	Dezobturarea canalelor radiculare - per canal	9,52	100%		100%
3.11	Îndepărtarea corpiilor străini din canale	14,49	100%		100%
4.	Tratamentul paradontitelor apicale				
4.1	Tratamentul paradontitei apicale	9,52	100%	100%	100%

	acute prin drenaj endodontic				
4.2	Tratamentul paradontitei apicale acute prin drenaj endodontic + incizie mucoperiostală + osteotomie transmaxilară	21,20	100%	100%	100%
4.3	Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturație canal la monoradiculari	28,99	100%		100%
4.4	Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturație canal la pluriradiculari	36,67	100%		100%
4.5	Obturație la dinții devitali cu amalgam	28,99	100%		100%
4.6	Obturație la dinții devitali cu compozite	28,99	100%		100%
5.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului marginal				
5.1	Tratamentul abcesului parodontal	8,65	100%	100%	100%
5.2	Echilibrarea ocluzală prin șlefuire selectivă/ședință	11,57	100%		
5.3	Contenție provizorie prin ligaturi de sârmă	8,65	100%		100%
5.4	Chiuretaj în câmp închis/dinte	14,49	100%		100%
5.5	Tratamentul aftei bucale/ședință	5,84	100%		100%
5.6	Tratamentul gingivo-stomatitelor/ședință	8,65	100%	100%	100%
5.7	Detartraj manual supra și subgingival pe dinte	5,84	100%		100%
5.8	Detartraj mecanic supra și subgingival pe dinte	7,68	100%		100%
6.	Tratamente chirurgicale buco-dentare				
6.1	Anestezie locală de contact	2,92	100%		100%
6.2	Anestezie cu infiltrație	8,65	100%		100%
6.3	Extracție de dinți sau resturi de dinți monoradiculari (include anestezia)	21,20	100%	60%	100%
6.4	Extracție de dinți sau resturi de dinți pluriradiculari (include anestezia)	24,13	100%	60%	100%
6.5	Extracție alveoloplastică (include anestezia)	31,91	100%	60%	100%
6.6	Extracție cu alveolotomie (include anestezia)	35,70	100%	60%	100%
6.7	Extracție dinți temporari (include anestezia)	14,49	100%		100%
6.8	Extracție la hemofilici, diabetici sau handicapați (include anestezia)	37,75	100%	60%	100%
6.9	Chiuretaj alveolar*	4,76	100%		100%

6.10	Extracție dinți paradontotici (include anestezia)	17,41		60%	100%
6.11	Tratamentul hemoragiei/alveolitei postextracționale	9,52	100%	100%	100%
6.12	Tratamentul pericoronaritelor cu decapuşonare	14,49	100%	100%	100%
6.13	Tratamentul de urgență al plăgilor buco-maxilo-faciale	26,06	100%	100%	100%
6.14	Imobilizarea de urgență a luxațiilor dentare	26,06	100%	100%	100%
6.15	Imobilizarea de urgență a fracturilor maxilare	40,45	100%	100%	100%
6.16	Reducerea luxațiilor temporo-mandibulare	14,49	100%	100%	100%
6.17	Control postoperator	7,68	100%	100%	100%
	* În situația în care se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate				
7.	Tratamente protetice				
7.1	Proteză acrilică parțială cu 1 - 7 dinți*	466,99		60%	100%
7.2	Proteză acrilică parțială cu peste 7 dinți*	544,93		60%	100%
7.3	Proteză acrilică totală*	622,71		60%	100%
7.4	Reparație simplă proteză acrilică	23,26		100%	100%
7.5	Reparație + 1 croset (pentru fiecare croset suplimentar se adaugă 3,11 lei)	23,26		100%	100%
7.6	Reparație + 1 dinte (pentru fiecare dinte suplimentar se adaugă 4,14 lei)	23,26		100%	100%
7.7	Individualizarea protezelor acrilice/ședință	5,84		100%	100%
7.8	Reconstituire corono-radiculară	44,40	100%	60%	100%
7.9	Coroană acrilică	49,99	100%	60%	100%
7.10	Coroană metalică	62,41	100%	60%	100%
7.11	Element intermediar	62,41	100%	60%	100%
	* Termenul de înlocuire a unei proteze monomaxilare este de 5 ani.				
8.	Tratamente ortodontice				
8.1	Decon condiționarea obiceiurilor vicioase (sugere a degetului, deglutiție infantilă, respirație orală) prin plăcuță, vestibolo-orală și scut lingual	173,59	100%		100%
8.2*	Decon condiționarea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul antrenajului	259,68	100%		100%

	invers prin inel/gutiere + bărbuță și capelină				
8.3	Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ședință	9,52	100%		100%
8.4*	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale	289,43	100%		100%
8.5	Șlefuirea în scop ortodontic/dinte	8,65	100%		100%
8.6*	Reparație aparat ortodontic	23,26	100%	100%	100%
8.7	Menținătoare de spațiu mobile	231,56	100%		100%
8.8*	Activare aparat ortodontic/ședință	3,89	100%		100%
	Pentru pct. 8 "Tratamente ortodontice", actele terapeutice notate (*) țin numai de competența medicilor de specialitate în ortodonție.				
9.	Activități profilactice				
9.1	Consultație în cadrul dispensarizării (include și:	13,52	100%*		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	14,49	100%		100%
9.3	Clătiri bucale cu soluții fluorurate/ședință	11,25	100%		100%
9.4	Fluorizări locale cu soluții/arcadă*	9,52	100%		100%
9.5	Fluorizări locale cu lacuri/arcadă**	13,52	100%		100%
9.6	Fluorizări locale cu geluri în conformatoare/arcadă**	25,96	100%		100%
9.7	Sigilări ale șanțurilor și fosetelor cu glassionomeri/dinte***	14,49	100%		100%
9.8	Sigilări ale șanțurilor și fosetelor cu materiale compozite/dinte	23,26	100%		100%
9.9	Educație pentru deconținerea obiceiurilor vicioase/ședință	8,65	100%		100%
9.10	Exerciții de reeducare funcțională/ședință	9,52	100%		100%
9.11	Exerciții de miogimnastică/ședință	9,52	100%		100%
9.12	Tratament antiinflamator gingival fizioterapic	8,65	100%		100%
9.13	Control oncologic preventiv confirmat	28,99	100%	100%	100%

Pentru pct. 9 "Activități profilactice":

* o procedură decontată la 3 luni

** o procedură decontată la 6 luni

*** o procedură decontată la 2 ani

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

NOTA 1:

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

NOTA 2:

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

3.1, 4.1, 4.2

5.1, 5.6

6.11, 6.12, 6.13, 6.14, 6.15, 6.16

7.4, 7.5, 7.6, 8.6

NOTA 3:

Competența pentru dentiști este pentru codurile:

1.1, 1.2, 1.3

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

4.5, 4.6, 5.7, 5.8

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

9.9, 9.10, 9.11

NOTA 4:

Formula dentară:

Dinți permanenți

11 incisiv medial dreapta sus

12 incisiv lateral dreapta sus

13 canin dreapta sus

14 primul premolar dreapta sus

15 al doilea premolar dreapta sus

16 primul molar dreapta sus

17 al doilea molar dreapta sus

18 al treilea molar dreapta sus

21 incisiv medial stânga sus

22 incisiv lateral stânga sus

23 canin stânga sus

24 primul premolar stânga sus

25 al doilea premolar stânga sus

26 primul molar stânga sus

27 al doilea molar stânga sus

28 al treilea molar stânga sus

31 incisiv medial stânga jos

32 incisiv lateral stânga jos

33 canin stânga jos

34 primul premolar stânga jos

35 al doilea premolar stânga jos

36 primul molar stânga jos

37 al doilea molar stânga jos

38 al treilea molar stânga jos

- 41 incisiv medial dreapta jos
- 42 incisiv lateral dreapta jos
- 43 canin dreapta jos
- 44 primul premolar dreapta jos
- 45 al doilea premolar dreapta jos
- 46 primul molar dreapta jos
- 47 al doilea molar dreapta jos
- 48 al treilea molar dreapta jos

Dinți temporari

- 51 – incisiv medial dreapta sus
- 52 – incisiv lateral dreapta sus
- 53 – canin dreapta sus
- 54 – premolar dreapta sus
- 55 – molar dreapta sus
- 61 – incisiv medial stânga sus
- 62 – incisiv lateral stânga sus
- 63 – canin stânga sus
- 64 – premolar stânga sus
- 65 – molar stânga sus
- 71 – incisiv medial stânga jos
- 72 – incisiv lateral stânga jos
- 73 – canin stânga jos
- 74 – premolar stânga jos
- 75 – molar stânga jos
- 81 – incisiv medial dreapta jos
- 82 – incisiv lateral dreapta jos
- 83 – canin dreapta jos
- 84 – premolar dreapta jos
- 85 – molar dreapta jos

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

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

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

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

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

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

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

CAPITOLUL IV

Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriu de specialitate pentru specialitatea recuperare-reabilitare a sănătății

1. Pachetul de servicii medicale de bază

Lista cuprinzând serviciile medicale de recuperare în ambulatoriu și tarifele acestora

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.

Nr. crt.	Serviciul medical	Tarif - lei -
	Consultația va cuprinde și bilanț articular anatomic și funcțional, bilanț muscular, întocmirea planului de recuperare:	
1.	Consultația inițială	14,92
2.	Consultație de control	9,89
3.	Oscilometrie	6,59
4.	Infiltrație în structuri ale țesutului moale	6,59
5.	Puncție articulară	9,95
6.	Infiltrație intraarticulară	9,95
7.	Blocaje nervi periferici	9,00
8.	Administrare intravenoasă de medicamente	2,50
9.	Kinetoterapie de grup pe afecțiuni	2,70
10.	Galvanizare	3,46
11.	Ionizare	3,46
12.	Curenți diadinamici	3,03
13.	Trabert	3,03
14.	TENS	2,82
15.	Curenți interferențiali	3,79
16.	Unde scurte	3,67
17.	Microunde	3,79
18.	Diapuls	5,62
19.	Ultrasunet	3,46
20.	Sonodynator	3,79
21.	Magnetoterapie	3,46
22.	Laser-terapie	2,82
23.	Solux	2,70
24.	Ultraviolete	2,70
	Stimulări electrice:	
25.	Curenți cu impulsuri rectangulare	3,57
26.	Curenți cu impulsuri exponențiale	3,67
27.	Contrația izometrică electrică	4,43
28.	Stimulare electrică funcțională	5,20
29.	Băi Stanger	5,49
30.	Băi galvanice	4,54

31.	Duș subacval	5,08
32.	Aplicații cu parafină	2,82
33.	Băi sau pensulații cu parafină	3,46
34.	Masaj regional	3,46
35.	Masaj segmentar	3,46
36.	Masaj reflex	2,82
37.	Limf masaj	8,97
38.	Aerosoli individuali	4,65
39.	Pulverizare cameră	2,27
40.	Hidrokinetoterapie individuală generală	7,36
41.	Hidrokinetoterapie parțială	4,22
42.	Kinetoterapie individuală	6,71
43.	Tracțiuni vertebrale și articulare	4,22
44.	Manipulări vertebrale	6,05
45.	Manipulări articulații periferice	3,46
46.	Kinetoterapie cu aparatură specială covor rulant, bicicletă ergometrică, elcometre, bac vâslit	3,03
47.	Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodică, alcalină)	3,79
48.	Băi de plante	3,79
49.	Băi de dioxid de carbon și bule	3,79
50.	Băi de nămol	4,74
51.	Mofete naturale	1,78
52.	Mofete artificiale	2,37
53.	Împachetare generală cu nămol	4,15
54.	Împachetare parțială cu nămol	2,96

NOTĂ:

Serviciile medicale de la pct. 10 - 46 pot fi efectuate numai în cabinetele medicale care dispun și de bază de tratament. Serviciile medicale de la pct. 47 - 54 pot fi efectuate numai în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice.

Serviciile medicale se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare.

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.

Pentru cura balneară de recuperare și cura balneară terapeutică în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice se decontează maximum 4 proceduri/zi (din care două proceduri cu factori naturali terapeutici) pentru primele 10 zile de tratament, dar nu mai mult de 2 cure pe an, 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 în care aceștia își desfășoară activitatea și interpretate de medicii respectivi, luând în calcul numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și valoarea stabilită pentru un punct.

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

Art. 3. - (1) Numărul total de puncte raportat pentru consultațiile, 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 pediatrică, neuropsihiatrie infantilă, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 30 de minute);
- 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 pediatrică, neuropsihiatrie 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 300 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 9 consultații.

În situația în care programul de lucru al unui medic este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultații, servicii medicale și tratamente menționat mai sus crește sau scade corespunzător.

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

(2) Serviciile conexe actului medical, prestate de persoanele 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 raportat de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăși 200 de puncte în medie pe zi, convenite celui care le prestează, reprezentând consultații și/sau servicii, după caz. Cele 200 de puncte în medie pe zi sunt aferente unui program de 7 ore/zi al medicului specialist; pentru un program mai mare sau mai mic de 7 ore/zi numărul de puncte se ajustează corespunzător. 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%.

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

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în: 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 dovada confirmării gradului profesional.

(3) Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară; pentru trim. II, III și IV ale anului 2009 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 0,70 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 defalcă 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 (furnizori: de analize medicale de laborator, de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală, de investigații medicale paraclinice - explorări funcționale), de un furnizor de servicii medicale clinice (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice), de medicii de familie (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară) și de un furnizor de servicii de medicină dentară (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară) cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere:

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

Numărul de investigații paraclinice negociat între furnizorii de investigații medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografiile și monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice), medicii de familie (numai pentru EKG și ecografie generală – abdomen+pelvis), furnizorii de servicii de medicină dentară (numai pentru radiografia dentară retroalveolară 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, direcțiile 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.

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

Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se defalchează pe trimestre și pe luni. Valoarea lunară de contract este orientativă, existând obligația încadrării în valoarea de contract trimestrială și asigurarea continuității asistenței medicale pe tot parcursul trimestrului.

(2) Numărul investigațiilor paraclinice negociat este orientativ, existând obligația încadrării în valoarea trimestrială a contractului/actului adițional. Pentru situațiile de urgență medicală ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate analizează aceste situații și cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la solicitarea acestora, vor încheia cu furnizorii de servicii medicale paraclinice un act

adițional de suplimentare a valorii contractate, utilizând diferența de 10% din suma prevăzută pentru serviciile medicale paraclinice care nu a fost contractată, în limita fondului aprobat cu această destinație. Din diferența de 10% se pot contracta și serviciile medicale paraclinice ce pot fi efectuate de medicii de familie pe baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, în condițiile prevăzute de prezentele norme.

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

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

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

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în același trimestru 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 aplică distinct pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator, cei de investigații medicale paraclinice - explorări funcționale și cei de investigații medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală.

În cazul furnizorilor de servicii medicale care au în structură: laborator de analize medicale, laborator de radiologie și imagistică medicală și laborator de explorări funcționale nu se permite, pe parcursul derulării contractului, transferul sumelor rezultate din economii între acestea în cadrul aceleiași valori de contract. Sumele rezultate din economii de la investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator într-un trimestru - se redistribuie conform prevederilor de mai sus furnizorilor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract. Sumele rezultate din economii de la investigațiile medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală într-un trimestru se redistribuie furnizorilor de investigații medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract. Sumele rezultate din economii de la investigațiile medicale paraclinice - explorări funcționale într-un trimestru - se redistribuie furnizorilor de investigații medicale paraclinice - explorări funcționale care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract.

În cazul în care la nivelul județului la sfârșitul trimestrului se înregistrează economii la nivelul tuturor furnizorilor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator sau la nivelul tuturor furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală sau la nivelul furnizorilor de servicii medicale paraclinice - explorări funcționale, se pot efectua redistribuiri între cele trei componente, cu încadrarea în sumele prevăzute pentru asistența medicală pentru specialități paraclinice, repartizarea pe furnizori având în vedere criteriile inițiale de contractare. În acest sens, casele de asigurări de sănătate solicită aprobarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pe baza unui referat justificativ.

(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 nr. 598/2001.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2009 cu destinația servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele / actele adiționale inițiale și vor fi utilizate pentru

decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul / actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de contractare prevăzute în norme, precum și reevaluarea punctajului furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat.

(6) În situații justificate furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigații medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală, precum și servicii medicale paraclinice - explorări funcționale - pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea trimestrială 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 trimestrului următor, cu încadrarea în valoarea contractată pentru anul respectiv.

(7) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor din anexele nr. 10 și 11 la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anul 2009, se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract. Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

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

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 ecografii, respectiv furnizorilor de servicii medicale clinice de cardiologie și de medicină internă serviciul "monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice", cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, în condițiile prevăzute la lit. b) și c) 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, respectiv monitorizările și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice, pentru care medicii cu specialități medicale clinice, respectiv medicii de specialitate cardiologie și medicină internă încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice și care sunt efectuate ca urmare a trimerii de către alți medici de specialitate, respectiv de către alți medici de specialitate cardiologie și medicină internă, programul de lucru se prelungește corespunzător.

Art. 8. - (1) Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în trei exemplare și are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și două exemplare sunt înmânate asiguratului, 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.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare; în situația în care biletele de trimitere nu sunt completate cu datele obligatorii pe care

acestea trebuie să le cuprindă, furnizorii de servicii medicale paraclinice refuză efectuarea investigațiilor paraclinice recomandate prin biletele de trimitere respective.

(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 casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicațiilor și Turismului, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior.

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

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate nu decontează contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice dacă biletele de trimitere în baza cărora acestea au fost efectuate nu sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și dacă nu conțin datele obligatorii privind prescrierea acestora.

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

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

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

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

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

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

Suma contractată se defalcchează pe trimestre și luni.

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

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

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

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

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

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

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

(6) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2009 cu destinația servicii medicale dentare se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de contractare.

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

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

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

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății și tarifele prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

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

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

a) numărul de servicii medicale de recuperare-reabilitare acordate în cabinetul medical 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;

b) 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; la contractare se are în vedere diversitatea procedurilor propuse pentru contractare reflectată în tipul și numărul de aparate aflate în dotare, personalul de specialitate, programul de lucru.

(4) Tarifele 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 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.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2009 cu destinația de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv de acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate asiguraților de la data semnării acestora.

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

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

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

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

Art. 15. - 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 7 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 în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

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

Art. 16. - Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice, paraclinice, de medicină dentară și de recuperare-reabilitare a sănătății care nu se regăsesc în

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

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

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

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

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

(2) Furnizorii de servicii medicale clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătății, au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare; în situația în care biletele de trimitere nu sunt completate cu datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, furnizorii de servicii medicale clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătății, refuză efectuarea serviciilor medicale recomandate prin biletele de trimitere respective.

(3) În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate nu decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice, inclusiv a celor de recuperare-reabilitare a sănătății dacă biletele de trimitere în baza cărora acestea au fost efectuate nu sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și dacă nu conțin datele obligatorii privind prescrierea acestora.

Art. 20. - Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din

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

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. Leuceмиile 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 proteinenergetică (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 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, direcțiile de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București, și de colegiile teritoriale ale medicilor, pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

CAPITOLUL I

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

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

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada posibilității de a efectua investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator din lista minimă de analize medicale.

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,
Bilirubină directă
VDRL sau RPR
ASLO
Factor reumatoid
Proteina C reactivă

Complement seric C3
Complement seric C4
Exudat faringian cu antibiogramă
Examen complet de urină (sumar + sediment)
Urocultură cu antibiogramă
Determinare glucoză urinară
Determinare proteine urinare

NOTĂ:

Pentru laboratoarele de anatomopatologie nu se aplică acest criteriu.

CAPITOLUL 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 resurse	35%
2. criteriul de adresabilitate	5%
3. criteriul de calitate	35%
4. criteriul financiar	25%

1. Criteriul de evaluare resurse

Ponderea acestui criteriu este de 35%.

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

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

- Furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente valabile.
- Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și/sau numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt aceleași cu seria și/sau numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă deținerea legală a acestora.
- De asemenea, furnizorii sunt obligați să prezinte cărțile tehnice corespunzătoare aparatelor deținute.
- Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și/sau numărul, cât și aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta cărțile tehnice ale acestora.
- Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și /sau număr acestea nu se iau în calcul la nici unul dintre furnizori.
- Pentru a putea fi luate în considerare aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcționare.

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

1. Hematologie:

1.1. Morfologie*)

- analizor până la 18 parametri inclusiv - cu o vechime de până la 5 ani – 8 puncte
- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;
- analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră - cu o vechime de până la 5 ani – 16 puncte.

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

- analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră; cu modul laser flowcitic - cu o vechime de până la 5 ani - 22 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 61 teste/oră - cu o vechime de până la 5 ani 18 puncte

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

- analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puțin 61 teste/oră; cu modul laser flowcitic - cu o vechime de până la 5 ani – 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.

1.2. Hemostază:

a) analizor coagulare semiautomt - cu o vechime de până la 5 ani 12 puncte

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

b) analizor de coagulare complet automat - 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;

1.3. Imunohematologie: - 1 punct.

2. Microbiologie:

2.1. Bacteriologic

- analizor automat de microbiologie - 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;

- identificarea germenilor - 10 puncte;

- efectuarea antibiogramei 8 puncte.

2.2. Micologie:

- decelarea prezenței miceliilor și identificarea miceliilor 9 puncte;

- efectuarea antifungigramei 8 puncte.

2.3. Parazitologie:

- examen parazitologie pe frotiu 1 punct;

3. Biochimie: analizor cu o capacitate de până la 200 investigații/oră - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte

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

Pentru fiecare 200 de investigații/oră în plus se acordă câte 5 puncte.

4. Imunologie:

a) sistem semiautomatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte
- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

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

- o microplaca - 15 puncte
- doua microplaci simultan - 20 puncte
- 4 microplaci simultan - 25 puncte
- 6 microplaci simultan - 30 puncte

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

c) sisteme speciale cu o capacitate de până la 50 probe/oră - cu o vechime de până la 5 ani - 15 puncte

- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;
Pentru fiecare 50 probe/oră în plus se acorda câte 5 puncte

5. Citologie Papanicolau 5 puncte.

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

6. Histopatologie 25 puncte.

NOTĂ:

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

B. Resursele 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 - 12 puncte;
2. medic specialist - 8 puncte;
3. chimiști, biologi, biochimiști principali - 8 puncte;
4. chimiști, biologi, biochimiști specialiști - 6 puncte;
5. chimiști, biologi, biochimiști - 4 puncte;
6. asistenți medicali de laborator - 2 puncte.

C. Logistică:

1. 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;

2. 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;

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

4. website - 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 corespunzător pct. 1, 2, 3 și 4 se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

2. Criteriul de adresabilitate

Ponderea acestui criteriu este de 5%.

Suma reprezentând 5% din fondul cu destinația de analize medicale de laborator se repartizează pe zone/localități în funcție de numărul de asigurați (CNP) 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, se va lua în calcul o singură prezentare.

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 2008 ca urmare a contractului cu casa de asigurări de sănătate. Dacă un asigurat s-a adresat de mai multe ori aceluiași furnizor în anul 2008, se va acorda punctaj pentru o singură prezentare.

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 participă la contractare cu mai multe puncte de lucru, punctajele se acordă pentru fiecare punct de lucru în parte.

3. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 35 %

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

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

- se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare și oferită spre contractare, numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea.

b) 30% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de intercomparare laboratoare de analize medicale", scheme de intercomparare laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătății

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

- se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală pentru care se face dovada de participare la schemele de intercomparare laboratoare de analize medicale, cu condiția ca aceasta să se efectueze de cel puțin 4 ori pe an.

Notă: până la data de 31.12.2009 furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator trebuie să îndeplinească criteriul de calitate, dată după care acesta devine criteriu de eligibilitate (obligatoriu) pentru a putea intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

4. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 25 %.

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 categorie de analize medicale (hematologie, biochimie, imunologie, exudat faringian, examene spută, analize de urină, examene materii fecale, examene din secreții vaginale, examene din secreții uretrale, otice, nazale, conjunctivale și puroi, examen lichid punție, examen sudoare, examinări histopatologice). 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 furnizorii de servicii medicale de laborator care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă o singură dată.

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) 35 % pentru criteriul de evaluare resurse;
- b) 5 % pentru criteriul de adresabilitate;
- c) 35 % pentru criteriul de calitate, din care 70% pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calității" și 30% pentru subcriteriul "participare la schemele de intercomparare laboratoare de analize medicale";
- d) 25% pentru criteriul financiar.

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

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

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 niciunul dintre furnizori nu îndeplinește criteriul sau unul dintre subcriteriile de calitate, suma corespunzătoare acestora, rezultată conform prevederilor lit. A. c), se repartizează proporțional la celelalte criterii prevăzute la lit. A. a), b) și d).

NOTA 1:

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.

NOTA 2:

În funcție de necesarul de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator, pe tipuri, suma aferentă investigațiilor medicale paraclinice - analize medicale de laborator - poate fi repartizată de casele de asigurări de sănătate pe tipuri de servicii medicale paraclinice de laborator, astfel:

- analize medicale de laborator;
- analize de anatomopatologie.

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

Pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - se iau în calcul criteriile specifice de selecție.

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, direcțiile de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București, și de colegiile teritoriale ale medicilor, pe furnizori de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală

CAPITOLUL 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 și medicii de familie, cu competență /supraspecializare/ atestat de studii complementare emis de instituțiile abilitate în condițiile legii;
 - c. Ecografia endocrinologică ca prestație independentă efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice, în diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, medicină internă;
 - d. Ecografia de vase - artere, vene, ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: cardiologie, pediatrie, medicină internă, neurologie, geriatrie și gerontologie;
 - e. Ecocardiografia efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie și gerontologie și pediatrie, de către medici de specialități clinice;
 - f. Ecografia fetală efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de genetică medicală;
 - g. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de pediatrie;
 - h. Ecografia de pelvis efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de obstetrică-ginecologie (numai pentru afecțiuni ginecologice) și în cabinetele medicale de urologie.
 - i. Radiografia dentară ca prestație independentă în cadrul cabinetelor de medicină dentară.
 - j. Ecografia morfologică fetală (pentru gravide 20 – 23 de săptămâni) efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică- ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;
 - k. Ecografia pentru transluțența nucală (pentru gravide 11 -13,6 săptămâni) efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică- ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală.

CAPITOLUL 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 resurse 45%
2. criteriul de calitate 45%
3. criteriul financiar 10%

1. Criteriul de evaluare resurse

Ponderea acestui criteriu este de 45 %

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.

- a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice – radiologie și imagistică medicală sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparatului prin documente valabile
- b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și/sau numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt aceleași cu seria și /sau numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă deținerea legală a acestora.
- c) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și/sau numărul acestora.

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) 1. radiologie (scopie) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;
2. radiologie (grafie) se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;
- b) post independent de radiografie - se acordă 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.
- 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.;
- 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.;
- g) computer tomografie - 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.;
- 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;
- i) medicină 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;
- j) osteodensitometrie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

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;
- arhivă 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 cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco: 5 puncte;
 - medic cu competență supraspecializare/atestat de studii complementare CT: 5 puncte;
 - medic cu competență /supraspecializare/atestat de studii complementare RMN: 5 puncte;
 - medic cu competență supraspecializare/atestat de studii complementare imagistica sânelui: 5 puncte;
 - medic dentist 5 puncte
 - medic specialist explorări funcționale 9 puncte
 - medic primar explorări funcționale 11 puncte
- operatori:
 - absolvent colegiu imagistică medicală 5 puncte;
 - asistent medical imagistică 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) website - 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 lit. a), b), c) și

d) se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 45 %.

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

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

Notă: până la data de 31.12.2009 furnizorii de servicii medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală trebuie să îndeplinească criteriul de calitate, dată după care acesta devine criteriu de eligibilitate (obligatoriu) pentru a putea intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

3. 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 maxime 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 maxime 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.

Pentru furnizorii de servicii medicale de laborator care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă o singură dată.

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) 45 % pentru criteriul de evaluare;
- b) 45 % pentru criteriul de calitate.
- c) 10% pentru criteriul financiar

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

NOTA 1:

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 și la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigații medicale paraclinice pe total județ de către comisia constituită din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, ai direcției de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București, și ai colegiilor teritoriale ale medicilor, vor 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.

NOTA 2:

Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigații medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală pe total județ de către comisia constituită din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București, vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de investigații medicale paraclinice - explorări funcționale din totalul fondului cu destinația de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală.

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 nr. 629/2001, republicată:

- cabinetul individual, reprezentat prin medicul titular

- cabinetul asociat sau grupat, reprezentat prin medicul delegat

- societatea civilă medicală, reprezentată prin administratorul

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

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

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

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

- Unitatea 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 în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară..... (furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale indiferent de forma lor de înființare și organizare), , 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 (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, dovada de evaluare a furnizorului nr.

....., dovada plății contribuției la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

Art. 2. - Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare 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 2009.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista acestora, pentru informarea asiguraților;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în

cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare și la negocierea clauzelor contractuale;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

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

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

g) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, 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;

h) 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;

i) să încaseze de la furnizorii 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 unor materiale sanitare, precum 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 a prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici;

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

k) să nu deconteze contravaloarea serviciilor medicale dacă biletele de trimitere în baza cărora acestea au fost efectuate nu sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și dacă nu conțin datele obligatorii privind prescrierea acestora.

l) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;

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 nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament;

2. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare 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, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a acestuia, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, și pentru beneficiari ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României, de la furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. 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 3 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 datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

6. să întocmească, prin medicii pe care îi reprezintă, 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; să utilizeze formularul de bilet de trimitere către alte specialități, respectiv pentru internare din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară care se întocmește în 3 exemplare; să păstreze un exemplar al biletului de trimitere; să înmâneze asiguratului 2 exemplare ale biletului de trimitere în vederea depunerii de către acesta la furnizorul de servicii medicale clinice/spitalicești; în situația în care furnizorul de servicii medicale clinice acordă servicii medicale pe baza biletului de trimitere eliberat de alt medic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, este obligat să păstrează un exemplar și să depună la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității;

7. să completeze corect și la zi formularele privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare;

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 stabilit conform contractului, pe care să îl afișeze la loc vizibil și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică;

10. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 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;

12. să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele sub forma denumirilor comune internaționale (DCI), astfel cum acestea sunt prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără

contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, situație în care, medicul prescrie medicamentele necesare pe denumire comercială,

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 discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

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

17. să afișeze într-un loc vizibil 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 2009, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

19. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate conform dispozițiilor legale;

20. să raporteze casei de asigurări de sănătate serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

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

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

23. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în Anexa nr. 7 la normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

24. să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, a scrisorii medicale și a biletului de ieșire din spital, după caz, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, a serviciilor de medicină dentară și planificare familială. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, furnizorii de servicii medicale în asistența ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în

ambulatoriu clinic, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și a investigațiilor medicale paraclinice;

25. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, a biletului 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, va conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și va putea fi folosită numai de către medicii unităților medicale aflate în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate;

26. să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare și să refuze efectuarea serviciilor medicale recomandate în situația în care biletele de trimitere nu sunt completate cu datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă;

27. să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și, după caz unele materiale sanitare, 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;

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

29. să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii medicale pentru persoanele asigurate facultativ;

30. să acorde cu prioritate asistență medicală personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu respectarea tuturor prevederilor privind condițiile acordării serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

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. Pentru trim. II, III și IV ale anului 2009 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 0,70 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

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 2009.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct se diminuează pentru luna în care s-au înregistrat nerespectarea nejustificată a programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate din punct de vedere medical de medicamente cu sau fără contribuție din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, precum și completarea scrisorii medicale într-o altă formă decât cea prevăzută prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, pentru fiecare situație, după cum urmează:

- a) la prima constatare cu 10 %;
- b) la a doua constatare cu 20 %;

c) la a treia constatare cu 30 %.

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată.

(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 parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat.

Art. 10. - Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1714/2008, cu modificările și completările ulterioare se majorează în funcție de:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea, cu%

b) gradul profesional, cu%.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 11. - Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea nr. 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. - Clauză specială

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

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act

confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

IX. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

Art. 14. - (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a obligației prevăzută la art. 7, pct. 9, nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 2, 7, 23, 28, a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare de remediere a situațiilor prevăzute la art. 7 , pct. 5, 6, 8, 11, 15, 16, 17 și 20 se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru medicii la care se înregistrează una /mai multe/toate aceste situații și respectiv pentru fiecare dintre situațiile în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată abuzuri sau prescrieri nejustificate, din punct de vedere medical, de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și a unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, precum și completarea scrisorii medicale într-o altă formă decât cea prevăzută prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care a avut loc constatarea din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru medicii la care se înregistrează, după cum urmează:

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

Art. 15. - Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

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

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

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

d) revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

e) 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;

f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22, 29 precum și la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

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

h) la prima constatare după aplicarea măsurilor de diminuare a valorii minime garantate a punctului pentru nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 7, 9, 23 și 28, abuzuri sau prescrieri nejustificate din punct de vedere medical de medicamente și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, precum și completarea scrisorii medicale într-o altă formă decât cea prevăzută prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, pentru fiecare situație;

i) 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;

j) nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 44 alin. (5) și art. 48 alin. (1) lit. a), b) și c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

k) dacă se constata nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifica în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

Art. 16. - 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. 17. - 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 maximum 30 de 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;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive personale, pe bază de documente justificative prezentate în scris casei de asigurări de sănătate și pentru care a primit acordul prealabil al casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei;

pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, cât și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior.

Art. 18. - (1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 lit. b), c), f), g) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența

Art. 19. - (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

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

XI. Modificarea contractului

Art. 20. - În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Art. 21. - Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

Art. 22. - (1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu 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 pe toată durata de valabilitate a contractului.

Art. 23. - Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

XII. Soluționarea litigiilor

Art. 24. - (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIII. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare 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 CLINICE

Președinte - director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției management și economică,
.....

Director executiv al Direcției relații cu
furnizorii,
.....

Vizat
Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii, respectiv monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței efectuate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, respectiv de medicii de specialitate din specialitatea cardiologie și medicină internă

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice

I. Părțile contractante

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

și

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

- laboratorul individual, reprezentat prin medicul titular
- laboratorul asociat sau grupat, reprezentat prin medicul delegat

- societatea civilă medicală, reprezentată prin administratorul

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

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

Laboratoare din structura spitalului, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, 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 (furnizorii organizați conform O.U.G. nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale, indiferent de forma lor de înființare și organizare), în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, autorizație sanitară de funcționare nr. /raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, 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 (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului nr., dovada plății contribuției la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Art. 2. - Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714//2008, cu modificările și completările ulterioare în următoarele specialități:

- a)
- b)
- c)
-

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

a) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate

b) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate

c)

.....

IV. Durata contractului

Art. 4. - Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2009.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 6. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, autorizați și evaluați și să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr.1.1714/2008, cu modificările și completările ulterioare, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice în asistența medicală ambulatorie de specialitate cu privire la condițiile de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condițiile de furnizare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

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

f) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicațiilor și Turismului, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior.

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

h) să nu deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice dacă biletele de trimitere nu sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și dacă biletele de trimitere în baza cărora acestea au fost efectuate nu conțin datele obligatorii privind prescrierea acestora;

i) să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme.

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 cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare 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, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, și pentru beneficiari ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

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 3 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 datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru îndeplinirea acestei obligații;

f) să completeze corect și la zi formularele privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare;

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 direcțiilor de sănătate publică;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau a mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 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;

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

l) să acorde servicii medicale asiguraților fără 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 atât asiguraților, cât și titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității în aceleași

condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, numai pe baza biletului de trimitere, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior;

o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

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

q) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

r) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

s) să raporteze casei de asigurări de sănătate serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale; începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

t) să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază și pachetul de servicii medicale pentru persoanele asigurate facultativ.

u) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior;

v) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare; în situația în care biletele de trimitere nu sunt completate cu datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, furnizorii de servicii medicale paraclinice refuză efectuarea investigațiilor paraclinice recomandate prin biletele de trimitere respective;

x) să utilizeze reactivi care au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi la nivelul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) să calibreze și să spele aparatele din laboratoarele de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice din cărțile tehnice ale acestora;

z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

w) să acorde cu prioritate asistență medicală personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu respectarea tuturor prevederilor privind condițiile acordării serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

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 IIlei,
din care:
 - luna IV lei
 - luna V lei
 - luna VI lei
- Suma aferentă trimestrului IIIlei,
din care:
 - luna VII lei
 - luna VIII lei
 - luna IX lei
- Suma aferentă trimestrului IVlei,
din care:
 - luna X lei
 - luna XI lei
 - luna XII lei.

Sumele lunare de contract sunt orientative, cu obligația încadrării în valoarea de contract trimestrială și a asigurării asistenței medicale pe parcursul întregului trimestru.

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) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru stabilit, se va diminua contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare cu 10%;

b) la a doua constatare cu 20 %;

c) la a treia constatare cu 30%.

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 10. - Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, 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. Clauze speciale

Art. 12. - (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

Art. 13. - Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

Art. 14. - În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru, nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit., b), f) și r), a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare de remediere a situațiilor prevăzute la art. 7 , lit. e), g), j), l), m), o) și s), se va diminua contravaloarea serviciilor medicale paraclinice pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii la care se înregistrează una /mai multe/toate aceste situații , după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10 %;

b) la a doua constatare, cu 20 %;

c) la a treia constatare, cu 30 %.

Art. 15. - Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

- a) dacă furnizorul de servicii medicale paraclinice nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, de la încetarea termenului de valabilitate a acestora;
- d) revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- e) 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;
- f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 pct. a), c), i), k), n) p), q), t), x), y), 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;
- g) la a patra constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 7 lit. e), g), j), l), o), m) și s);
- h) la prima constatare după aplicarea măsurilor de diminuare a contravalorii serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-a constatat nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. b), f), h) și r); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, sedii secundare/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care a încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 9 alin. (2) de câte trei ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică de trei ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 9 alin. (2) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;
- i) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;
- j) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;

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

- a) furnizorul de servicii medicale 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;
- f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- g) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

Art. 17. - 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 maximum 30 de zile calendaristice de la data expirării acesteia;
- b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
- c) la solicitarea furnizorului, pentru motive personale pe bază de documente justificative prezentate și pentru care a primit acordul prealabil al casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an;
- d) de la data la care medicul titular al laboratorului individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior.

Art. 18. - Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/sedii secundare/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. e), h), j) condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. f) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. i) a art. 7, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. g) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. e) și s) ale art. 7 - și condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. h) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. f) a art. 7 se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 15 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/sedii secundare/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 16 și 17 referitoare la condițiile de încetare, respectiv suspendare, se aplică societății comerciale furnizoare de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/sedii secundare /punctelor de lucru, după caz.

Art. 19. - (1) Situațiile prevăzute la art. 15 la art.16 lit. b), c), se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

Art. 20. - (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

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

XII. Modificarea contractului

Art. 21. - (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

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

Art. 22. - (1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

(2) Dacă 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. 23. - Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

Art. 24. - (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE

Președinte - director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției management și economică,
.....

Director executiv al Direcției relații cu
furnizorii,
.....

Vizat
Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale

CONTRACT DE FURNIZARE**de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară****I. Părțile contractante**

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

și

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

- cabinetul individual, reprezentat prin medicul dentist/dentistul titular

- cabinetul asociat sau grupat, reprezentat prin medicul dentist delegat

- societatea civilă medicală, reprezentată prin administrator

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

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

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

- Centrul de diagnostic și tratament și centru medical - unitate cu personalitate juridică, reprezentat prin

cu certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale nr. sau actul de înființare sau organizare a unității sanitare (furnizorii organizați conform O.G. nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale indiferent de forma lor de înființare și organizare) în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, 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 (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat (valabilă pe toată perioada de derulare a contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada de derulare a contractului), dovada de evaluare a furnizorului nr. dovada plății contribuției la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Art. 2. - Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară acordă asiguraților serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii de medicină dentară și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare, 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 dentiști/dentiști:

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

IV. Durata contractului

Art. 4. - Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2009.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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, în termen de max. 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract;

b) să deconteze furnizorilor de servicii de medicină dentară, la termenele prevăzute în prezentul contract, contravaloarea serviciilor de medicină dentară contractate, efectuate raportate și validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării

asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1714/2008, cu modificările și completările ulterioare, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii de medicină dentară cu privire la condițiile de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de furnizare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

e) 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 maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze 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;

g) să încaseze de la furnizorii de servicii de medicină dentară 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 a 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;

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

i) să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme.

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 cu privire la obligațiile furnizorului de servicii de medicină dentară și ale asiguratului referitoare 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, , titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate al acestuia, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității și pentru beneficiari ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, care au dreptul și beneficiază de servicii

medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

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 3 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 datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală dentară, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

f) să întocmească, prin medicii pe care îi reprezintă, 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; să utilizeze formularul de bilet de trimitere către alte specialități, respectiv pentru internare din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară care se întocmește în 3 exemplare; să păstreze un exemplar al biletului de trimitere; să înmâneze asiguratului 2 exemplare ale biletului de trimitere în vederea depunerii de către acesta, la furnizorul de servicii medicale clinice/spitalicești;

g) să completeze corect și la zi toate formularele privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare;

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

i) să respecte programul de lucru stabilit conform contractului, pe care să îl afișeze la loc vizibil și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor 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, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 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;

l) să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele sub forma denumirilor comune internaționale (DCI), astfel cum acestea sunt prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, situație în care, medicul prescrie medicamentele necesare pe denumire comercială, 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 discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

r) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate conform dispozițiilor legale;

s) să raporteze serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii de medicină dentară;

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

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 justificative 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

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 de medicină dentară conform contractului încheiat;

y) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile de medicină dentară programabile, dacă este cazul;

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;

w) să acorde serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ.

aa) să acorde cu prioritate asistență medicală personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu respectarea tuturor prevederilor privind condițiile acordării serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

VI. Modalități de plată

Art. 8. - Modalitatea de plată în asistența medicală dentară din ambulatoriu este tarif pe serviciu de medicină dentară cuantificat în lei.

Art. 9. - Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora și în condițiile prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare și în limita sumei contractate și defalcate trimestrial și lunar/cabinet, stabilită conform art. 11 din anexa nr. 8 la ordinul menționat mai sus.

Suma anuală contractată este de lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei
- luna II lei
- luna III lei
- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei
- luna V lei
- luna VI lei
- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei
- luna VIII lei
- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei
- luna XI lei
- luna XII lei.

Art. 10. - (1) Decontarea serviciilor de medicină dentară se face lunar, în maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de

La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 11 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate, din punct de vedere medical, de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații, pentru fiecare situație, după cum urmează:

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

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată.

(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)
.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 11. - Serviciile de medicină dentară furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu art. 238 și 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, 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. Clauze speciale

Art. 13. - (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

Art. 14. - Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

Art. 15. - În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a obligației prevăzută la art. 7, lit. i), nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7, lit. b), g), v), y), x) a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare de remediere a situațiilor prevăzute la art. 7, lit. e), f), h), k), n), o), p) și s), se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru medicii la care se înregistrează una /mai multe/toate aceste situații și respectiv pentru fiecare dintre situațiile în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată abuzuri sau prescrieri nejustificate, din

punct de vedere medical, de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru medicii la care se înregistrează, după cum urmează

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

Art. 16. - Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării situațiilor următoarelor situații:

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

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

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

d) revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

e) 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;

f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 7 lit. a), c), j), l), m), q), r), t), u), z), w) și a obligației prevăzute la art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare, precum și la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;

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

h) la prima constatare după aplicarea măsurilor de diminuare a contravalorii serviciilor medicale pentru nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. b), g), v), x), y) și la art. 10 alin. (2) pentru fiecare situație;

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

Art. 17. - Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul de servicii de medicină dentară 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. 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 de 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;
- c) la solicitarea furnizorului, pentru motive personale, pe bază de documente justificative prezentate și pentru care a primit acordul prealabil al casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an;
- d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior.

Art. 19. - Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 lit. b), c), f), g) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

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

XI. Corespondența

Art. 20. - (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

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

XII. Modificarea contractului

Art. 21. - (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

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

Art. 22. - (1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai cu puțință spiritului contractului.

(2) Dacă 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. 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 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. 24. - (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII DE
MEDICINĂ DENTARĂ

Președinte - director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției management și economică,
.....

Director executiv al Direcției relații cu
furnizorii,
.....

Vizat
Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice – pentru radiografia dentară retroalveolară și panoramică
efectuate de medicii de medicină dentară –

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat

CONTRACT**de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare-reabilitare a sănătății (pentru unitățile sanitare ambulatorii de recuperare)****I. Părțile contractante**

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

Și

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

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

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

- ambulatoriul integrat din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, 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 în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară sau certificat de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale nr. (furnizorii organizați conform O.G. nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, vor prezenta la contractare certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale, indiferent de forma lor de înființare și organizare), autorizație sanitară de funcționare nr. /raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, dovada de evaluare a furnizorului nr. /....., cod unic de înregistrare nr., cont nr., deschis la Trezoreria statului, sau cont nr., deschis la Banca, cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, dovada plății contribuției la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate. .

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 2009 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare 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 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 3. - Furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare, se face de către următorii medici:

1.;
2.;
3.

Art. 4. - Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare.

IV. Durata contractului

Art. 5. - Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2009.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

Art. 7. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

1. să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, autorizați și evaluați, și să facă publică în termen de max. 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate lista acestora, precum și valoarea de contract, pentru informarea asiguraților, actualizate dacă este cazul;

2. 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, raportate și validate conform normelor, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

3. să informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății cu privire la condițiile de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

4. să informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății cu privire la condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

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

6. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

7. 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, a unor materiale sanitare 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;

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

9. să deconteze contravaloarea serviciilor medicale numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme.

10. să deconteze serviciile medicale de recuperare-reabilitare numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe țară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

11. să nu deconteze contravaloarea serviciilor medicale dacă biletele de trimitere în baza cărora acestea au fost efectuate nu sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și dacă nu conțin datele obligatorii privind prescrierea acestora.

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 nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament;

2. să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare 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 de recuperare-reabilitare a sănătății pentru accidente de muncă și boli profesionale, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate al acestuia beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, și pentru beneficiari ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte care au dreptul și beneficiază de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. 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 3 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 datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații.

6. să întocmească, prin medicii pe care îi reprezintă, 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; să utilizeze formularul de bilet de trimitere către alte specialități, respectiv pentru internare din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în 3 exemplare; să păstreze un exemplar al biletului de trimitere; să înmâneze asiguratului două exemplare ale biletului de trimitere în vederea depunerii de către acesta la furnizorul de servicii medicale clinice/spitalicești; în situația în care furnizorul de servicii medicale clinice acordă servicii medicale pe baza biletului de trimitere eliberat de alt medic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, păstrează un exemplar și depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității;

7. să completeze corect și la zi formularele privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare;

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

9. să respecte programul de lucru stabilit, pe care să îl afișeze la loc vizibil și să îl comunice casei de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică;

10. să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau a mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 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;

12. să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele sub forma denumirilor comune internaționale (DCI), astfel cum acestea sunt prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, situație în care, medicul prescrie medicamentele necesare pe denumire comercială, 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 acorde servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății asiguraților, fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

15. 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;

16. 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

17. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate conform dispozițiilor legale;

18. să raporteze serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații.

19. să acorde asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate, emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

21. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

22. să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, a scrisorii medicale și a biletului de ieșire din spital, după caz, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, a serviciilor de medicină dentară și planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin norme. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv

beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE 1.408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, precum și pacienți din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, furnizorii de servicii medicale de recuperare și reabilitare a sănătății în asistența ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

23. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expedită direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate precum și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, a biletului 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, va conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și va putea fi folosită numai de către medicii unităților medicale aflate în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate;

24. să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și unele materiale sanitare, 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;

25. să întocmească liste de prioritate pentru servicii medicale programabile, dacă este cazul;

26. să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarii;

27. să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

28. să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare și să refuze efectuarea serviciilor medicale recomandate în situația în care biletele de trimitere nu sunt completate cu datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă;

29. să acorde cu prioritate asistență medicală personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu respectarea tuturor prevederilor privind condițiile acordării serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

VI. Modalități de plată

Art. 9. - Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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 prevăzut 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 sau aparține unor ministere cu rețele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății la nivelul tarifelor din anexa nr. 7 la ordin, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcționării și administrării unităților, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele și materialele sanitare.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități ambulatorii speciale de recuperare în sistemul asigurărilor sociale 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 sociale 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) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru stabilit, se va diminua contravaloarea serviciilor de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

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

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată.

(4) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de recuperare-reabilitare din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat.

Art. 12. - Plata serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr.

....., deschis la Trezoreria statului, sau contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

Art. 13. - Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea nr. 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 de recuperare-reabilitare a sănătății cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

Art. 16. - Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, mari inundații, embargo.

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

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

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

Art. 17. - Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

Art. 18. - (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a obligației prevăzută la art. 8, pct. 9. nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8, pct. 2., 7, 21, 25 a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare de remediere a situațiilor prevăzute la art. 8, pct. 5., 6., 8., 11., 14., 15., 18., 26., se va diminua contravaloarea serviciilor medicale pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru medicii la care se înregistrează una /mai multe/toate aceste situații și respectiv pentru fiecare dintre situațiile în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată abuzuri sau prescrieri nejustificate, din punct de vedere medical, de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, se va diminua contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății pentru luna în care s-au înregistrat aceste

situații din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru medicii la care se înregistrează, după cum urmează:

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

(2) Reținerea sumelor conform prevederilor alin. (1) se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 19. - Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

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

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

d) revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

e) 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;

f) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 8 pct. 1), 3), 10), 12), 13), 16), 17), 19), 20), 22), 23), 27) 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;

g) la a patra constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 8 pct. 5), 6), 8), 11), 14), 15), 18), 26);

h) la prima constatare după aplicarea măsurilor de diminuare a contravalorii serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății pentru nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 8 pct. 2., 7., 9., 25. abuzuri sau prescrieri nejustificate, din punct de vedere medical, de medicamente și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, precum și completarea scrisorii medicale într-o altă formă decât cea prevăzută prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, pentru fiecare situație,

i) 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;

j) dacă se constata nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifica în

mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

Art. 20. - Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) furnizorul de servicii medicale de recuperare se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare 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 titularului cabinetului medical individual;
- g) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

Art. 21. - 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 de 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;
- c) la solicitarea furnizorului pentru motive personale, pe bază de documente justificative prezentate și pentru care a primit acordul prealabil al casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an;
- d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior.

Art. 22. - (1) Situațiile prevăzute la art. 19 și la art. 20 lit. b), c), f) și g) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 20 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 23. - Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante datorită neîndeplinirii obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XI. Corespondența

Art. 24. - Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părților.

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

XII. Modificarea contractului

Art. 25. - Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

Art. 26. - (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală de recuperare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

Art. 27. - Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Dacă 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. 28. - (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Președinte - director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției management și economică,
.....

Director executiv al Direcției relații cu
furnizorii,
.....

Vizat

Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale

**PACHET DE SERVICII MEDICALE
în asistența medicală spitalicească**

CAPITOLUL I

Pachet de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitalicești pentru patologia care necesită internare în condițiile prevăzute la art. 60 alin. (3) lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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, altele decât cele prevăzute la pct. 1.1, și pentru care serviciile sunt acordate de către medicii din unitățile sanitare cu paturi 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; precum și pentru serviciile acordate de către medicii din camerele de gardă și din structurile asimilate acestora, în cadrul programului normal de lucru; tariful pe caz rezolvat este cel negociat de casele de asigurări de sănătate cu unitățile spitalicești.

Pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în camerele de gardă în structurile asimilate acestora, din cadrul spitalelor, care nu necesită internare prin spitalizare continuă, se întocmește o fișă pentru spitalizare de zi după modelul prevăzut în Anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare.

2. Serviciile medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi de mai jos cu tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate, aferente, ce se pot acorda în unități sanitare ambulatorii autorizate și/sau avizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, sunt următoarele:

Tarif maximal decontat
de casa de asigurări
de sănătate
(lei/serviciu medical)

a) - Radioterapie	48,50/câmp
b) - Chimioterapie*)	48,50
c) - HIV/SIDA*)	50,55
d) - Litotritie	400,00
e) - Implant de cristalin**)	247,54
f) - Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală	28,93
g) - Servicii medicale de oftalmologie: - eviscerație, orjelet, glaucom, pterigion, entropion, strabism, crioaplicație, electrozecție	48,57
h) - Servicii medicale ortopedie: - halux valgus, artroscopie genunchi, chist sinovial, Dupuytren, bursită genunchi, bursită cot, ruptură	

chist sinovial picior, secțiune tendoane picior, secțiune tendoane mână, amputație deget mână, chist sinovial picior	128,66
i) - Servicii medicale ORL: - rezecție septală, amigdalectomie, adenoidectomie, excizie formațiune tumorală, polipectomie nazală	66,15
j) - Servicii medicale flebologie (operație flebologie)	92,09
k) - Anestezie (numai ca urmare a unui serviciu medical prevăzut la pct. B):	
- rahianestezie	239,38
- anestezie generală inhalatorie	158,11
- anestezie de contact și infiltrație	46,06
- anestezie locoregională de infiltrație	114,99
- anestezie locală	16,63
- anestezie generală	300,00
l) - Chirurgie maxilo-facială/chirurgie orodentară Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus), regularizare creastă hemiarcadă, tratament hiperostoza tuberozitară Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare, 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)	86,80
- dinți ectopici, dinți din focarul de fractură, excizia bridelor	57,87
- operație cu lambou	190,95
- corecție fren, infiltrație trigeminală	26,62
m) - amniocenteză ***)	800,00
n) - biopsie de vilozități coriale***)	800,00

*) Tariful nu cuprinde medicamentele și materialele specifice nominalizate prin programul național cu scop curativ și suportate din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ.

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare.

***) biopsia de vilozități coriale se efectuează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, numai de către medicii de specialitate obstetrică ginecologie cu supraspecializare în medicină fetală

NOTĂ :

1. Tarifele cuprind toate cheltuielile aferente serviciului medical (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare, investigații medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operație, precum și cheltuieli indirecte, în condițiile în care se utilizează medicamente, materiale sanitare și tehnologii avansate).

2. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie. Serviciile medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie 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, nevizualizate CT
3. patologia oncologică indiferent de localizare
4. necroza aseptică de cap femural
5. urgențe în patologia demielizantă (nevrita optică; 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

CAPITOLUL II

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 îl 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.

CAPITOLUL III

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**

SPITALE

Art. 1. - Serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații sunt: servicii medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă și spitalizare de zi.

Art. 2. - Serviciile medicale spitalicești se acordă sub formă de:

1. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare și paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv;

2. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienții care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore și pot fi servicii medicale programabile sau neprogramabile.

Art. 3. - Serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare ambulatorii autorizate de Ministerul Sănătății pot face obiectul unui act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice sau obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, cu excepția serviciilor de hemodializă pentru care se încheie contract distinct

Tarifele se negociază pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale și nu pot fi mai mari decât tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Art. 4. - (1) Furnizarea de servicii medicale spitalicești se acordă în baza contractelor și a actelor adiționale încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi:

1. număr de personal existent conform structurii spitalelor, având în vedere numărul de posturi aprobate, potrivit legii;

2. număr de paturi stabilit potrivit structurii spitalelor prin ordin al ministrului sănătății;

3. nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor stabilit prin ordin al ministrului sănătății;

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 stabilită de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății și prevăzută în anexa nr. 19 la ordin, sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată;

6. număr de cazuri externate – spitalizare continuă;

7. indice de complexitate a cazurilor;

8. număr de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi și număr cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi;

9. numărul și tipul investigațiilor paraclinice estimate a se realiza de către spitale, în regim ambulatoriu;

10. tarif pe caz rezolvat (DRG);

11. tarif mediu pe caz rezolvat;

12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat.

13. tarif pe zi de spitalizare.

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitalicești acordate în funcție de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură și de încadrarea cu personalul de specialitate;

2. infecții nosocomiale raportate la numărul total de externări;

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 incubăția minimă sau la domiciliu la un interval de timp mai mic decât incubăția maximă.

(2) Spitalele vor prezenta casele de asigurări de sănătate, în vederea contractării, nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari, numiți prin ordin al ministrului sănătății în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective.

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 externe x indice case-mix pentru anul 2008 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2009

1. Număr de cazuri externe

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

- media cazurilor externe în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate de Ministerul Sănătății) și al județului;

- cazurile estimate a fi externe pe spital și pe secție în anul 2009, 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 externe 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 2008 comparativ cu cel optim care este de 70% din numărul total de externări din anul 2008.

Pentru secțiile medicale, numărul de cazuri externe, 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 2008 pentru care nu se justifică internarea.

Numărul de externări diminuat atât pentru secțiile chirurgicale, cât și pentru secțiile medicale poate fi contractat numai ca servicii medicale/cazuri rezolvate efectuate în regim de spitalizare de zi, respectiv cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în camerele de gardă, respectiv structurile asimilate acestora din cadrul spitalelor, ca și cazuri rezolvate în spitalizare de zi, cu încadrarea în valoarea de contract.

Numărul anual de cazuri externe negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externe contractate pe spital se ține seama și de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ține evidența acestor indicatori.

2. Indicele de case-mix pentru anul 2008 se calculează pentru fiecare spital pe baza numărului și a tipurilor de cazuri raportate în perioada 1 ianuarie 2008 – 31 decembrie 2008. Numărul de cazuri ponderate se obține prin înmulțirea numărului negociat de cazuri externe 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 2009 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 (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale, care se stabilește astfel: număr de cazuri externate x durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare

1. Numărul de cazuri externate

Numărul de cazuri externate pe spitale/secții/compartimente se negociază în funcție de:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate de Ministerul Sănătății) și al județului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție în anul 2009, în funcție de numărul de paturi aprobat, de gradul de utilizare a paturilor la spitalul/secția/compartimentul respectiv și de durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata efectiv realizată.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secție/compartiment se ține seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ține evidența acestor indicatori.

2. Durata optimă de spitalizare stabilită de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății pe secții este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în anexa nr. 19 la ordin. Pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) se ia în considerare durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, 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 de paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat

c) suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din spitalele de cronici și de recuperare, care se stabilește astfel:

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:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate de Ministerul Sănătății) și al județului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție/compartiment în anul 2009, în funcție de numărul de paturi aprobat, de nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor și de durata optimă/durata efectiv realizată de spitalizare cu încadrarea în sumele aprobate cu această destinație spitalului.

Pentru secțiile chirurgicale, numărul de cazuri externate obținut în condițiile prevăzute mai sus se poate diminua prin negocieri între furnizori și casele de asigurări de sănătate în funcție de gradul de operabilitate realizat în anul 2008 comparativ cu cel optim care este de 70% din numărul total de externări din anul 2008.

Pentru secțiile medicale, numărul de cazuri externate, obținut în condițiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negocieri între furnizori și casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2008, 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/cazuri rezolvate acordate în regim de spitalizare de zi, respectiv cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în camerele de gardă, respectiv structurile asimilate acestora din cadrul spitalelor, ca și cazuri rezolvate în spitalizare de zi, cu încadrarea în valoarea de contract.

Numărul anual de cazuri externate negociat și contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ține seama și de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent. În acest scop, spitalele vor ține evidența acestor indicatori.

2. Tarif mediu pe caz rezolvat

Tariful mediu pe caz rezolvat se stabilește prin negocieri între furnizori și casele de asigurări de sănătate având în vedere și indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2008, 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 lit. b);

d) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, decontată din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

e) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul programului național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și în cabinete de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanțată din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

h) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri / cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maximale 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), g) sunt prevăzute distinct în actele adiționale la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camera de gardă și în structurile asimilate acestora din cadrul spitalelor, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat.

Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor, sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă și sunt decontate prin tarif pe caz rezolvat. Numărul de cazuri și tariful aferent acestora se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești;

Art. 6. - La contractarea serviciilor medicale spitalicești casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate după ce s-a dedus suma aferentă serviciilor medicale paraclinice ce se pot efectua în ambulatoriu de către unitățile sanitare cu paturi.

Diferența de 5% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează pentru decontarea cazurilor externate prevăzute la art. 74 din contractul-cadru, precum și pentru decontarea sumelor reprezentând depășirea valorii trimestriale de contract cu maximum 5% din valoarea acesteia pentru spitalele clinice de urgență care au peste 5.000 de cazuri externate/lună, respectiv 60.000 de cazuri externate /an, cât și pentru alte situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, după caz.

Art. 7. - Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2009 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 2009. 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 maxime 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 spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate și raportate de către spital, din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- indicele de case-mix prevăzut în anexa nr. 17 a) la ordin;

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2009.

2. Regularizarea trimestrială în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul total de cazuri externate, raportate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv. (Validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se

fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

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

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2009;

- coeficientul k al cazurilor extreme (ca durată de spitalizare). Acest coeficient se calculează trimestrial de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, pe baza cazurilor externate raportate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv. Modalitatea de calcul al coeficientului k este prevăzută în anexa nr. 17 b) la ordin.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs.

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 limita sumei contractate în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizat în limita numărului de cazuri contractat, validate (validarea și invalidarea se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- durata optimă de spitalizare pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;

- durata efectiv realizată pentru situațiile la care nu este prevăzută durată optimă;

- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secțiilor de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), recuperare pediatrică - distrofici și TBC, serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea și de tarifele pe zi de spitalizare negociate. 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, respectiv durata efectiv realizată, după caz.

Trimestrial se fac regularizări și decontări în limita sumei contractate în funcție de:

- numărul de externări realizate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv (validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- durata optimă de spitalizare pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;

- durata efectiv realizată pentru situațiile la care nu este prevăzută durată optimă;

- tariful pe zi de spitalizare.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs.

În situația în care numărul de cazuri externate este mai mare decât numărul cazurilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare această depășire dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, și dacă creșterea numărului de cazuri realizate se regăsește în reducerea numărului de cazuri contractate din alte spitale/secții din județul respectiv, iar această depășire se încadrează în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective.

Serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează ținându-se seama de durata optimă de spitalizare / durata efectiv realizată, după caz; în situația în care asiguratul este transferat în aceeași unitate sanitară, de la o secție la alta de același profil, spitalul va raporta în vederea decontării un singur caz rezolvat, luându-se în calcul durata optimă de spitalizare pentru specialitatea respectivă. În cazul spitalelor/secțiilor de psihiatrie cronici, pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), decontarea se face în funcție de durata de spitalizare efectiv realizată.

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale paliative în regim de spitalizare, în funcție de numărul de zile de spitalizare realizat în limita numărului de zile de spitalizare contractat, de durata efectiv realizată și de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi;

c) serviciile medicale spitalicești, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (aprobat prin ordin al ministrului sănătății ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de cronici și de recuperare, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate, se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate (validarea și invalidarea se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- tariful mediu pe caz rezolvat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

2. Regularizarea trimestrială, în limita sumei contractate, se face în funcție de:

- numărul de externări realizate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv (validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- tariful mediu pe caz rezolvat negociat,

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs.

În situația în care numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, este mai mic decât cel contractat, iar numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi a crescut, numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi ce depășește numărul de cazuri externate contractate se decontează la tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în valoarea de contract.

În situația în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractat, se acceptă la decontare o depășire de maximum 5% atât a numărului de externări ce se vor deconta la un tarif care reprezintă 50% din tariful negociat, cât și a cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depășiri dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, și dacă această creștere se regăsește ca economii înregistrate la sumele care se decontează din fondul alocat asistenței medicale spitalicești la alte spitale/secții din județul respectiv, cu încadrarea în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective;

d) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice se decontează în limita sumelor aferente subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ;

e) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și în cabinete de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului, decontată din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, decontată din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

h) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri / cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin. 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.

(2) Spitalele sunt obligate să acopere cheltuielile privind investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în

situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională, cu încadrarea în bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, cât și suma aferentă consultațiilor interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 60 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare, 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 50% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

Art. 10. - (1) Serviciile de hemodializă în insuficiența renală cronică, acordate în unități sanitare cu paturi, respectiv în unități sanitare ambulatorii autorizate și avizate, după caz, de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, se contractează de casele de asigurări de sănătate cu unitățile sanitare sus-menționate și se decontează din fondul aprobat cu destinația servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală.

(2) Pentru serviciile de hemodializă în insuficiența renală cronică casele de asigurări de sănătate țin evidențe distincte.

Art. 11. - Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav.

Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilite prin acte normative. Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort stabilite de fiecare unitate furnizoare și cele corespunzătoare confortului standard.

Art. 12. - (1) Spitalele sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați și avizate de șeful de secție și managerul spitalului, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile contractului-cadru și prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

Art. 13. - (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. 14. - Spitalele care au în structura proprie dispensare medicale fără medic suportă din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suma aferentă funcționării acestora. Personalul mediu sanitar din aceste dispensare acordă primele îngrijiri în caz de boală sau accident, în cadrul unui program de lucru întocmit de spitalul în structura căruia se află dispensarul medical.

Art. 15. - Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate:

a) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice;

b) suma aferentă consultațiilor interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective.

Art. 16 - Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

Art. 17. - (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spitale pe trimestre și luni, cu acordul direcțiilor de sănătate publică sau al ministerului, în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

(2) Casa de asigurări de sănătate decontează, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, dar numai după îndeplinirea obligației prevăzută la art. 65 alin. (1) lit. e) din contractul-cadru, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare, 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.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală și a bolilor cu potențial endemo-epidemic.

(4) Spitalele vor raporta caselor de asigurări de sănătate, până la data de 5 a lunii curente pentru luna precedentă, 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 realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați și, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, vor raporta direcțiilor de sănătate publică sau ministerelor, în funcție de subordonare, și caselor de asigurări de sănătate execuția bugetului de venituri și cheltuieli. Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs.

Art. 18. - Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, precum și cu medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești eliberate de către medicii ce-și desfășoară activitatea în aceste unități. Modelul de convenție este cel prevăzut în anexa nr. 37.

Serviciile medicale spitalicești pot fi acordate asiguraților și pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art. 19. - Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către Comitetul director, care răspunde, în condițiile legii, de realitatea și exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției.

Art. 20. - Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitalicești sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoștință Ministerului Sănătății sau celorlalte ministere, în funcție de subordonare, și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situație, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății, respectiv ai ministerului de resort, precum și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluționează divergențele.

Art. 21. - Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală spitalicească, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Anexa Nr. 17a)

**INDICELE DE COMPLEXITATE A CAZURILOR ȘI TARIFELE PE CAZ
PONDERAT**

Nr. crt	Cod CNAS	Denumire spital	ICM 2008 *	Tarif pe caz ponderat 2009 (lei)
1	2	3	4	5
1	AB01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA ALBA IULIA	0,9957	1380
2	AB03	SPITALUL MUNICIPAL BLAJ	0,8295	1380
3	AB04	SPITALUL ORASENESC ABRUD	0,7360	1549
4	AB05	SPITALUL MUNICIPAL AIUD	0,9240	1394
5	AB06	SPITALUL ORASENESC CÂMPENI	0,7838	1354
6	AB07	SPITALUL ORASENESC OCNA MURES	0,6867	1380
7	AB08	SPITALUL MUNICIPAL SEBES	0,8359	1225
8	AB09	SPITALUL ORASENESC CUGIR	0,6682	1380
9	AB10	SPITALUL ORASENESC ZLATNA	0,6654	1380
10	AG01	SPITALUL JUDETEAN PITESTI	0,9405	1413
11	AG02	SPITALUL DE PEDIATRIE PITESTI	0,9090	1553
12	AG05	SPITALUL MUNICIPAL CÂMPULUNG	0,8076	1299
13	AG06	SPITALUL ORASENESC "REGELE CAROL I" COSTESTI	0,7783	1374
14	AG07	SPITALUL MUNICIPAL CURTEA DE ARGES	0,7692	1380
15	AG08	SPITALUL ORASENESC "SF. SPIRIDON" MIOVENI	0,7660	1333
16	AG12	SPITALUL "DR. TEJA PAPAHAĞI" DOMNEȘTI	0,7401	1035
17	AR01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA ARAD	1,1106	1380
18	AR02	SPITALUL MUNICIPAL CLINIC ARAD	1,1034	1390
19	AR03	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE "DR. SALVATOR VUIA" ARAD	0,7550	1198
20	AR05	SPITALUL ORASENESC INEU	0,7883	1297
21	B_01	SPITALUL CLINIC "SF. MARIA" BUCUREȘTI	0,8838	1760
22	B_02	SPITALUL CLINIC DE URGENTA BUCUREȘTI	1,3147	1886
23	B_03	SPITALUL CLINIC DE URGENTA DE CHIRURGIE PLASTICĂ, REPARATORIE ȘI ARSURI BUCUREȘTI	1,5561	2601
24	B_04	SPITALUL CLINIC DE NEFROLOGIE "DR. CAROL DAVILA" BUCUREȘTI	0,7444	1842
25	B_05	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "GR. ALEXANDREȘCU" BUCUREȘTI	1,1290	1294
26	B_06	SPITALUL CLINIC "FILANTROPIA" BUCUREȘTI	0,5919	1380
27	B_08	SPITALUL CLINIC DE URGENTE OFTALMOLOGICE BUCUREȘTI	0,6083	1380
28	B_09	SPITALUL CLINIC DE CHIRURGIE OROMAXILOFACIALĂ "PROF. DR. DAN TEODOREȘCU" BUCUREȘTI	0,6620	1504
29	B_11	INSTITUTUL ONCOLOGIC "PROF. DR. AL. TRESTIOREANU" BUCUREȘTI	0,6793	2064
30	B_12	INSTITUTUL DE ENDOCRINOLOGIE "C. I. PARHON" BUCUREȘTI	0,7637	1380
31	B_13	SPITALUL CLINIC "DR. I. CANTACUZINO" BUCUREȘTI	0,9827	1391
32	B_14	INSTITUTUL NAȚIONAL DE DIABET, NUTRIȚIE ȘI BOLI METABOLICE "PROF. DR. N. PAULEȘCU" BUCUREȘTI	0,8769	1699

33	B_15	SPITALUL CLINIC DE ORTOPEDIE - TRAUMATOLOGIE SI TBC OSTEOARTICULAR "FOISOR" BUCURESTI	0,9199	2227
34	B_16	SPITALUL CLINIC COLENTINA BUCURESTI	0,9928	1544
35	B_18	INSTITUTUL CLINIC FUNDENI BUCURESTI	0,9464	2108
36	B_19	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE "C. C. ILIESCU" BUCURESTI	1,8345	1650
37	B_20	INSTITUTUL PENTRU OCROTIREA MAMEI SI COPILULUI "PROF. DR. ALFRED RUESCU" BUCURESTI	0,8669	1480
38	B_21	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "SF. PANTELIMON" BUCURESTI	0,9519	1447
39	B_22	SPITALUL CLINIC DE COPII "DR. V. GOMOIU" BUCURESTI	0,6259	1550
40	B_23	SPITALUL CLINIC "COLTEA" BUCURESTI	1,2670	1496
41	B_24	SPITALUL CLINIC CARITAS "ACAD. NICOLAE CAJAL" BUCURESTI	0,6918	1388
42	B_25	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI TROPICALE "DR. V. BABES" BUCURESTI	1,0477	1380
43	B_28	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "M. S. CURIE" BUCURESTI	1,0068	1521
44	B_29	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "SF. IOAN" BUCURESTI	0,9570	1380
45	B_31	SPITALUL CLINIC "PROF. DR. TH. BURGHELE" BUCURESTI	0,8748	2023
46	B_32	INSTITUTUL DE FONOAUDIOLOGIE SI CHIRURGIE FUNCTIONALA ORL "PROF. DR. D. HOCIOTA" BUCURESTI	1,2433	1380
47	B_33	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA BUCURESTI	0,9882	1494
48	B_34	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "PROF. DR. PANAIT SIRBU" BUCURESTI	0,6014	1380
49	B_35	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "BAGDASAR-ARSENI" BUCURESTI	1,3079	1380
50	B_36	INSTITUTUL NATIONAL DE NEUROLOGIE SI BOLI NEUROVASCULARE BUCURESTI	1,2949	1380
51	B_41	CENTRUL DE BOLI REUMATISMALE "DR. I. STOIA" BUCURESTI	0,5147	1928
52	B_42	SPITALUL CLINIC "NICOLAE MALAXA" BUCURESTI	0,9314	1380
53	B_48	INSTITUTUL NATIONAL DE BOLI INFECTIOASE "PROF. DR. MATEI BALS" BUCURESTI	1,2380	1403
54	B_80	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA "ELIAS" BUCURESTI	0,8509	1713
55	BC01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BACAU	0,9761	1380
56	BC03	SPITALUL MUNICIPAL ONESTI	1,0350	1380
57	BC04	SPITALUL ORASENESC BUHUSI	0,7568	1375
58	BC05	SPITALUL ORASENESC "LOAN LASCAR" COMANESTI	0,7594	1380
59	BC06	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA MOINESTI	0,9440	1170
60	BC10	SPITALUL DE PEDIATRIE BACAU	0,9899	1380
61	BH01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA ORADEA	0,9520	1380
62	BH02	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL "DR. GAVRIL CURTEANU" ORADEA	0,9614	1380
63	BH05	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "DR. ALEXANDRU NEMES-SENIOR" ORADEA	0,7160	1367
64	BH07	SPITALUL ORASENESC ALESD	0,8945	1380
65	BH09	SPITALUL MUNICIPAL "EPISCOP N. POPOVICI" BEIUS	0,7422	1387
66	BH10	SPITALUL MUNICIPAL "DR. POP MIRCEA" MARGHITA	0,8117	1380

67	BH12	SPITALUL MUNICIPAL SALONTA	0,7682	1337
68	BN01	SPITALUL JUDETEAN BISTRITA	0,8455	1380
69	BN02	SPITALUL ORASENESC "DR. G. TRIFON" NASAUD	0,7237	1380
70	BN03	SPITALUL ORASENESC BECLEAN	0,6595	1089
71	BR01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BRAILA	0,9880	1380
72	BR04	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE BRAILA	0,6561	1424
73	BR05	SPITALUL ORASENESC FAUREI	0,7138	1386
74	BT01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "MAVROMATI" BOTOSANI	1,0238	1263
75	BT04	SPITALUL DE COPII BOTOSANI	0,9280	1162
76	BT05	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE BOTOSANI	0,7680	1368
77	BT06	SPITALUL MUNICIPAL DOROHOI	0,6737	1330
78	BT07	SPITALUL ORASENESC SAVENI	0,6309	1380
79	BT08	SPITALUL ORASENESC DARABANI	0,6419	1266
80	BV01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA BRASOV	0,8770	1380
81	BV02	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "DR. I. A. SBÂRCEA" BRASOV	0,7949	1380
82	BV03	SPITALUL CLINIC DE COPII BRASOV	1,5848	1419
83	BV04	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE BRASOV	1,2020	1380
84	BV06	SPITALUL MUNICIPAL FAGARAS	0,9059	1380
85	BV08	SPITALUL MUNICIPAL CODLEA	0,7670	1263
86	BV09	SPITALUL MUNICIPAL SACELE	0,7789	1370
87	BV10	SPITALUL ORASENESC "DR. C. T. SPARCHEZ" ZARNESTI	0,5806	1257
88	BV12	SPITALUL ORASENESC RUPEA	0,8788	1158
89	BZ01	SPITALUL JUDETEAN BUZAU	0,8677	1380
90	BZ02	SPITALUL MUNICIPAL RÂMNICU SARAT	0,7526	1380
91	BZ04	SPITALUL ORASENESC NEHOIU	0,7389	1380
92	CJ01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA CLUJ-NAPOCA	1,1515	1380
93	CJ02	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "PROF. DR. OCTAVIAN FODOR" CLUJ-NAPOCA	1,0055	1380
94	CJ03	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII CLUJ-NAPOCA	0,7897	1380
95	CJ05	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE CLUJ-NAPOCA	1,2500	1487
96	CJ07	SPITALUL MUNICIPAL CLINIC CLUJ-NAPOCA	1,0154	1380
97	CJ08	INSTITUTUL ONCOLOGIC "PROF. DR. I. CHIRICUTA" CLUJ-NAPOCA	1,0061	1564
98	CJ09	INSTITUTUL INIMII "PROF. DR. N. STANCIOIU" CLUJ-NAPOCA	2,1805	1650
99	CJ10	SPITALUL MUNICIPAL DEJ	0,8133	1232
100	CJ11	SPITALUL MUNICIPAL TURDA	0,8119	1380
101	CJ12	SPITALUL MUNICIPAL GHERLA	0,7535	1380
102	CJ13	SPITALUL ORASENESC HUEDIN	0,8572	1488
103	CJ14	SPITALUL MUNICIPAL CÂMPIA TURZII	0,7623	1380
104	CJ21	INSTITUTUL CLINIC DE UROLOGIE SI TRANSPLANT RENAL CLUJ-NAPOCA	0,6867	2244
105	CL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA CALARASI	0,7617	1380
106	CL02	SPITALUL MUNICIPAL OLTENITA	0,6573	1380
107	CL03	SPITALUL ORASENESC LEHLIU-GARA	0,6474	1380

108	CL04	SPITALUL ORASENESC BUDESTI	0,6025	1327
109	CS01	SPITALUL JUDETEAN RESITA	1,1831	1380
110	CS02	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA CARANSEBES	0,8402	1380
111	CS03	SPITALUL ORASENESC ORAVITA	0,6693	1288
112	CS05	SPITALUL ORASENESC MOLDOVA NOUA	0,6182	1174
113	CS06	SPITALUL ORASENESC ANINA	0,5190	1380
114	CS07	SPITALUL ORASENESC OTELU ROSU	0,7071	1380
115	CT01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA CONSTANTA	1,0052	1380
116	CT04	SPITALUL MUNICIPAL MEDGIDIA	0,8283	1380
117	CT05	SPITALUL ORASENESC CERNAVODA	0,5799	1380
118	CT06	SPITALUL MUNICIPAL MANGALIA	0,7395	1380
119	CT07	SPITALUL ORASENESC HÂRSOVA	0,7313	1380
120	CT14	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE CONSTANTA	0,8294	1676
121	CV01	SPITALUL JUDETEAN "DR. FOGOLYAN KRISTOF" SFÂNTU GHEORGHE	0,9450	1380
122	CV02	SPITALUL ORASENESC COVASNA	0,5804	1380
123	CV03	SPITALUL MUNICIPAL TÂRGU SECUIESC	0,8162	1294
124	CV04	SPITALUL ORASENESC BARAOLT	0,6340	1575
125	DB01	SPITALUL JUDETEAN TÂRGOVISTE	1,0964	1380
126	DB02	SPITALUL ORASENESC PUCIOASA	0,8361	1380
127	DB03	SPITALUL ORASENESC GAESTI	0,8832	1392
128	DB04	SPITALUL ORASENESC MORENI	0,8080	1404
129	DB05	SPITALUL ORASENESC TITU	0,7091	1146
130	DB11	SPITALUL MUNICIPAL TÂRGOVISTE	0,9853	1051
131	DJ01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA CRAIOVA	1,2152	1380
132	DJ02	SPITALUL MUNICIPAL CLINIC "FILANTROPIA" CRAIOVA	0,7395	1492
133	DJ03	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI PNEUMOPTIZIOLOGIE "VICTOR BABES" CRAIOVA	0,9452	1601
134	DJ04	SPITALUL MUNICIPAL BAILESTI	0,8409	1068
135	DJ05	SPITALUL "FILISANILOR" FILIASI	0,7882	1382
136	DJ06	SPITALUL ORASENESC SEGARCEA	0,6821	1337
137	DJ07	SPITALUL MUNICIPAL CALAFAT	0,6820	1380
138	DJ21	CENTRUL DE CARDIOLOGIE CRAIOVA	1,1925	1650
139	GJ01	SPITALUL JUDETEAN TÂRGU JIU	0,8619	1376
140	GJ02	SPITALUL MUNICIPAL MOTRU	0,8701	1380
141	GJ03	SPITALUL ORASENESC TÂRGU CARBUNESTI	0,8378	1468
142	GJ04	SPITALUL ORASENESC ROVINARI	0,7413	1380
143	GJ05	SPITALUL ORASENESC NOVACI	0,8718	1380
144	GJ06	SPITALUL ORASENESC BUMBESTI-JIU	0,7528	1213
145	GJ11	SPITALUL ORASENESC TURCENI	0,5959	1190
146	GL01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA "SF. APOSTOL ANDREI" GALATI	0,9099	1380
147	GL02	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "SF. IOAN" GALATI	0,6948	1450
148	GL04	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "BUNAVESTIRE" GALATI	0,6506	1380
149	GL06	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE "CUVIOASA PARASCHEVA" GALATI	1,2075	1170
150	GL07	SPITALUL MUNICIPAL "ANTON CINCU" TECUCI	0,6364	1380

151	GL08	SPITALUL ORASENESC TÂRGU BUJOR	0,6015	1222
152	GR01	SPITALUL JUDETEAN GIURGIU	0,7522	1380
153	GR05	SPITALUL ORASENESC BOLINTIN-VALE	0,6620	1226
154	HD01	SPITALUL JUDETEAN DEVA	1,0882	1554
155	HD02	SPITALUL MUNICIPAL "DR. A. SIMIONESCU" HUNEDOARA	1,0872	1556
156	HD03	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA PETROSANI	0,8883	1452
157	HD05	SPITALUL MUNICIPAL LUPENI	0,8585	1499
158	HD06	SPITALUL MUNICIPAL VULCAN	0,8269	1621
159	HD07	SPITALUL MUNICIPAL BRAD	0,8981	1380
160	HD08	SPITALUL MUNICIPAL ORASTIE	0,7902	1421
161	HD09	SPITALUL ORASENESC HATEG	0,9228	1188
162	HR01	SPITALUL JUDETEAN MIERCUREA-CIUC	0,9606	1382
163	HR02	SPITALUL MUNICIPAL ODORHEIUL SECUIESC	0,9108	1261
164	HR03	SPITALUL MUNICIPAL GHEORGHENI	0,6926	1380
165	HR04	SPITALUL MUNICIPAL TOPLITA	0,8673	1380
166	IF01	SPITALUL ORASENESC "DR. MARIA BURGHELE" BUFTEA	0,4749	916
167	IF06	SPITALUL JUDETEAN "SFINTII ÎMPARATI CONSTANTIN SI ELENA" ILFOV	0,7633	1380
168	IL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA SLOBOZIA	0,8820	1380
169	IL02	SPITALUL MUNICIPAL URZICENI	0,6718	1380
170	IL03	SPITALUL MUNICIPAL FETESTI	0,6220	1333
171	IL04	SPITALUL ORASENESC TANDAREI	0,6013	1358
172	IS01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA "SF. SPIRIDON" IASI	1,2477	1380
173	IS02	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "SF. MARIA" IASI	1,0653	1552
174	IS03	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE "PROF. DR. G.I.M. GEORGESCU" IASI	2,0372	1650
175	IS04	SPITALUL CLINIC "DR. CI. PARHON" IASI	1,1024	2106
176	IS05	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "CUZA-VODA" IASI	0,8932	1186
177	IS06	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "ELENA DOAMNA" IASI	0,6113	840
178	IS09	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE "SF. PARASCHEVA" IASI	0,9958	1232
179	IS10	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "SF. IOAN" IASI	1,3198	1405
180	IS11	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "PROF. DR. N. OBLU" IASI	1,5186	1268
181	IS13	SPITALUL ORASENESC HÂRLAU	0,7055	1306
182	IS14	SPITALUL MUNICIPAL PASCANI	0,7938	1380
183	IS15	SPITALUL ORASENESC TÂRGU FRUMOS	0,8024	879
184	IS22	INSTITUTUL DE GASTROENTEROLOGIE SI HEPATOLOGIE IASI	1,2575	1673
185	MH01	SPITALUL JUDETEAN DROBETA-TURNU SEVERIN	0,7847	1387
186	MH02	SPITALUL MUNICIPAL ORSOVA	0,6279	1425
187	MH03	SPITALUL ORASENESC STREHAIA	0,6654	1380
188	MH04	SPITALUL ORASENESC VÂNJU MARE	0,5552	1320
189	MH05	SPITALUL ORASENESC BAI A DE ARAMA	0,5953	1380
190	MM01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "DR. CONSTANTIN	1,0903	1380

		OPRIS" BAIA MARE		
191	MM02	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE, DERMATOVENEROLOGIE SI PSIHIATRIE BAIA MARE	1,0215	1380
192	MM04	SPITALUL MUNICIPAL SIGHETU MARMATIEI	0,8498	1353
193	MM07	SPITALUL DE RECUPERARE BORSA	0,8061	1380
194	MM08	SPITALUL ORASENESC TÂRGU LAPUS	0,7445	1126
195	MM09	SPITALUL ORASENESC VISEU DE SUS	0,7798	1380
196	MS01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA TÂRGU MURES	1,8467	1380
197	MS02	SPITALUL CLINIC JUDETEAN MURES	1,3116	1380
198	MS03	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE SI TRANSPLANT TARGU MURES	2,2020	1650
199	MS04	SPITALUL MUNICIPAL SIGHISOARA	1,0360	1380
200	MS05	SPITALUL ORASENESC "DR. VAIER RUSSU" LUDUS	0,8916	1380
201	MS06	SPITALUL MUNICIPAL "DR. E. NICOARA" REGHIN	0,9165	1380
202	MS07	SPITALUL MUNICIPAL "DR. GH. MARINESCU" TÂRNAVENI	1,1917	1380
203	NT01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PIATRA-NEAMT	0,9355	1380
204	NT02	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA ROMAN	0,7883	1224
205	NT03	SPITALUL ORASENESC BICAZ	0,5729	1552
206	NT04	SPITALUL ORASENESC TÂRGU-NEAMT	0,8270	1284
207	OT01	SPITALUL JUDETEAN SLATINA	0,7551	1380
208	OT02	SPITALUL ORASENESC BALS	0,8673	1262
209	OT03	SPITALUL MUNICIPAL CARACAL	0,7976	1380
210	OT04	SPITALUL ORASENESC CORABIA	0,6424	1380
211	PH01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PLOIESTI	0,9100	1380
212	PH04	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE PLOIESTI	0,7303	1380
213	PH05	SPITALUL DE ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE AZUGA	0,8201	1439
214	PH06	SPITALUL ORASENESC BAICOI	0,6232	1380
215	PH07	SPITALUL MUNICIPAL CÂMPINA	0,8708	1380
216	PH08	SPITALUL ORASENESC SINAIA	0,6266	1380
217	PH09	SPITALUL ORASENESC MIZIL	0,7084	1152
218	PH12	SPITALUL ORASENESC VALENII DE MUNTE	0,6466	1380
219	PH20	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE PLOIESTI	1,0509	1380
220	PH98	SPITALUL MUNICIPAL PLOIESTI	0,7430	1582
221	PH99	SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIESTI	0,6667	1630
222	SB01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN SIBIU	1,1220	1417
223	SB04	SPITALUL MUNICIPAL MEDIAS	0,8688	1242
224	SB05	SPITALUL ORASENESC AGNITA	0,6578	1074
225	SB06	SPITALUL ORASENESC CISNADIE	0,8555	1380
226	SB08	SPITALUL CLINIC DE PEDIATRIE SIBIU	1,4033	1380
227	SJ01	SPITALUL JUDETEAN ZALAU	1,1252	1430
228	SJ02	SPITALUL ORASENESC SIMLEU SILVANIEI	0,7663	1075
229	SJ03	SPITALUL ORASENESC JIBOU	0,7473	1380
230	SJ04	SPITALUL ORASENESC CEHU SILVANIEI	0,5296	1380
231	SM01	SPITALUL JUDETEAN SATU MARE	0,9516	1380
232	SM04	SPITALUL MUNICIPAL CAREI	0,7830	1203
233	SM05	SPITALUL ORASENESC NEGRESTI-OAS	0,6565	1380
234	SM06	SPITALUL ORASENESC TASNAD	0,5771	1380

235	SV01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "SF. IOAN CEL NOU" SUCEAVA	1,0260	1380
236	SV02	SPITALUL MUNICIPAL CÂMPULUNG MOLDOVENESC	0,7415	1370
237	SV03	SPITALUL MUNICIPAL FALTICENI	0,6622	1283
238	SV04	SPITALUL ORASENESC GURA HUMORULUI	0,6179	1342
239	SV05	SPITALUL MUNICIPAL RADAUTI	0,8598	1032
240	SV06	SPITALUL ORASENESC SIRET	0,6169	1274
241	SV07	SPITALUL MUNICIPAL VATRA DORNEI	0,6685	1380
242	TL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA TULCEA	0,7190	1380
243	TL02	SPITALUL ORASENESC BABADAG	0,6216	1380
244	TL03	SPITALUL ORASENESC MACIN	0,5804	1380
245	TM01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA TIMISOARA	1,2199	1380
246	TM02	SPITALUL MUNICIPAL CLINIC DE URGENTA TIMISOARA	1,0001	1579
247	TM03	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "L. TURCANU" TIMISOARA	1,2357	1380
248	TM04	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI PNEUMOPTIZIOLOGIE "DR. V. BABES"	1,0714	1808
249	TM05	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "DR. D. POPESCU" TIMISOARA	0,6872	1289
250	TM06	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE TIMISOARA	1,6427	1650
251	TM07	SPITALUL MUNICIPAL LUGOJ	0,9470	1339
252	TM09	SPITALUL ORASENESC DETA	0,5305	1380
253	TM10	SPITALUL "DR. KARL DIEL" JIMBOLIA	0,7496	1380
254	TM11	SPITALUL ORASENESC SÂNNICOLAU MARE	0,7842	1261
255	TM12	SPITALUL ORASENESC FAGET	0,6267	1380
256	TR01	SPITALUL JUDETEAN ALEXANDRIA	0,8253	1380
257	TR02	SPITALUL MUNICIPAL TURNU MAGURELE	0,6151	1380
258	TR03	SPITALUL MUNICIPAL "CARITAS" ROSIORI DE VEDE	0,7172	1380
259	TR04	SPITALUL ORASENESC ZIMNICEA	0,6079	1380
260	VL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA RÂMNICU VÂLCEA	0,8453	1380
261	VL02	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE RÂMNICU VÂLCEA	0,8094	1380
262	VL03	SPITALUL MUNICIPAL "COSTACHE NICOLESCU" DRAGASANI	0,7053	1269
263	VL04	SPITALUL ORASENESC HOREZU	0,6099	1380
264	VL05	SPITALUL ORASENESC BREZOI	0,6831	1380
265	VL10	SPITALUL ORASENESC BALCESTI	0,5496	1455
266	VN01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "SF. PANTELIMON" FOCSANI	0,8081	1380
267	VN02	SPITALUL MUNICIPAL ADJUD	0,6665	1288
268	VN03	SPITALUL ORASENESC ODOBESTI	0,7218	1259
269	VN04	SPITALUL ORASENESC PANCIU	0,6132	1209
270	VN05	SPITALUL ORASENESC MARASESTI	0,6582	1260
271	VS01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA VASLUI	0,9224	1365
272	VS02	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA "ELENA BELDIMAN" BÂRLAD	0,9895	1270
273	VS03	SPITALUL DE COPII "SF. NICOLAE" BÂRLAD	0,8879	1122
274	VS04	SPITALUL MUNICIPAL HUSI	0,8989	1267
275	VS05	SPITALUL ORASENESC NEGRESTI	0,5997	1380
276	T01	SPITALUL GENERAL CF 2 BUCURESTI	0,7038	1533

277	T02	SPITALUL UNIVERSITAR CF WITING	0,6425	1605
278	T03	SPITALUL UNIVERSITAR CF CONSTANTA	0,8107	1416
279	T04	SPITALUL UNIVERSITAR CFR CRAIOVA	0,7465	1700
280	T05	SPITALUL UNIVERSITAR CF CLUJ	0,7368	1532
281	T06	SPITALUL UNIVERSITAR C.F. IASI	0,7432	1354
282	T07	SPITALUL UNIVERSITAR CF TIMISOARA	0,6523	1632
283	T08	SPITALUL GENERAL CF ORADEA	0,8186	1287
284	T09	SPITALUL GENERAL CF BRASOV	0,7671	1200
285	T10	SPITALUL C.F.R. GALATI	0,7788	1242
286	T11	SPITALUL GENERAL CF PLOIESTI	0,6648	1382
287	T12	SPITAL GENERAL CF SIBIU	0,7940	1172
288	T13	SPITALUL GENERAL CF DROBETA TURNU SEVERIN	0,6630	1436
289	T14	SPITALUL GENERAL CF PASCANI	0,6361	1416
290	T15	SPITALUL GENERAL CF SIMERIA	0,6671	1392

NOTA:

Valoare TCP national pentru anul 2009 este de 1380 lei. TCP 2009 pentru cazurile externate din instituttele si centrele de cardiologie este unic – 1650 lei.

*) Valorile ICM 2008 sunt calculate pe baza datelor raportate de spitale în anul 2008 si a setului de valori relative utilizate in sistemul public australian.

LISTA
grupelor de diagnostice, categoriilor majore de diagnostic, valorilor relative și durata
medie de spitalizare

Cod CMD	Categoriile majore de diagnostic
0	Pre-MDC
1	MDC 01 Boli și tulburări ale sistemului nervos
2	MDC 02 Boli și tulburări ale ochiului
3	MDC 03 Boli și tulburări ale urechii, nasului, gurii și gâtului
4	MDC 04 Boli și tulburări ale sistemului respirator
5	MDC 05 Boli și tulburări ale sistemului circulator
6	MDC 06 Boli și tulburări ale sistemului digestiv
7	MDC 07 Boli și tulburări ale sistemului hepatobiliar și ale pancreasului
8	MDC 08 Boli și tulburări ale sistemului musculo-scheletal și țesutului conjunctiv
9	MDC 09 Boli și tulburări ale pielii, țesutului subcutanat și sânului
10	MDC 10 Boli și tulburări endocrine, de nutriție și metabolism
11	MDC 11 Boli și tulburări ale rinichiului și tractului urinar
12	MDC 12 Boli și tulburări ale sistemului reproductiv masculin
13	MDC 13 Boli și tulburări ale sistemului reproductiv feminin
14	MDC 14 Sarcină, naștere și lăuzie
15	MDC 15 Nou-născuți și alți neonatali
16	MDC 16 Boli și tulburări ale sângelui și organelor hematopoietice și tulburări imunologice
17	MDC 17 Tulburări neoplazice (hematologice și tumori solide)
18	MDC 18 Boli infecțioase și parazitare
19	MDC 19 Boli și tulburări mentale
20	MDC 20 Consum de alcool/droguri și tulburări mentale organice induse de alcool/droguri
21	MDC 21 Leziuni, otrăviri și efecte toxice ale medicamentelor
22	MDC 22 Arsuri
23	MDC 23 Factori care influențează starea de sănătate și alte contacte cu serviciile de sănătate
24	NECLASIFICABIL

Nr. Crt	Categoria majoră de diagnostic (CMD)	Categorie Medicală, Chirurg sau Altele (M/S/O)	Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativă	DMS	Limita inferioară a DS
1	24	S	901Z	Proceduri in sala de operatii extinse nelegate de diagnosticul principal	2.7534	-	-
2	24	S	902Z	Proceduri in sala de operatii care nu sunt extinse nelegate de diagnosticul principal	1.4365	-	-
3	24	S	903Z	Proceduri in sala de operatii ale prostatei nelegate de diagnosticul principal	3.4464	-	-
4	24	M	960Z	Negrupabile	0.649	-	-
5	24	M	961Z	Diagnostice principale inacceptabile	0.1197	-	-
6	24	M	963Z	Diagnostice neonatale neconcordante cu varsta/greutatea	2.3438	-	-
7	0	S	A01Z	Transplant de ficat	0	-	-
8	0	S	A03Z	Transplant de plaman/inima sau palman	0	-	-
9	0	S	A05Z	Transplant de inima	0	-	-
10	0	S	A06Z	Traheostomie sau ventilatie >95 ore	14.2331	16.93	1
11	0	S	A07Z	Transplant alogenic de maduva osoasa	0	-	-
12	0	S	A08A	Transplant autolog de maduva osoasa cu CC catastrofal	0	-	-
13	0	S	A08B	Transplant autolog de maduva osoasa fara CC catastrofal	0	-	-
14	0	S	A09A	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofal	0	-	-
15	0	S	A09B	Transplant renal fara transplant de pancreas fara CC catastrofal	0	-	-
16	0	O	A40Z	Oxygenoterapie extracorporala fara chirurgie cardiaca	28.5797	10.92	1
17	0	O	A41A	Intubatie varsta<16 cu CC	4.1332	5.48	0
18	0	O	A41B	Intubatie varsta<16 fara CC	1.6508	4.06	0
19	1	S	B01Z	Revizia shuntului ventricular	1.7579	11.60	2
20	1	S	B02A	Craniotomie cu CC catastrofal	5.8344	14.78	1
21	1	S	B02B	Craniotomie cu CC sever sau moderat	3.4275	13.55	2
22	1	S	B02C	Craniotomie fara CC	2.5833	11.99	1
23	1	S	B03A	Proceduri spinale cu CC catastrofal sau sever	4.2466	10.27	2
24	1	S	B03B	Proceduri coloana vertebrala fara CC catastrofal sau sever	2.0414	8.54	2
25	1	S	B04A	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofal sau sever	2.2682	9.82	1
26	1	S	B04B	Proceduri vasculare extracraniene fara CC catastrofal sau sever	1.4176	7.64	1
27	1	S	B05Z	Eliberarea tunelului carpian	0.3276	3.69	0
28	1	S	B06A	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie cu CC catastrofal sau sever	4.3915	9.75	0
29	1	S	B06B	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie fara CC catastrofal sau sever	0.7561	8.40	1
30	1	S	B07A	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2.0099	6.36	0

31	1	S	B07B	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos fara CC	0.712	4.78	0
32	1	O	B40Z	Plasmafereza cu boli neurologice	0.8002	7.53	1
33	1	O	B41Z	Monitorizare telemetrica EEG	0.8317	-	-
34	1	M	B60A	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal	5.0342	12.04	1
35	1	M	B60B	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal	1.5122	8.52	1
36	1	M	B61A	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal sau sever	4.8704	9.27	1
37	1	M	B61B	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal sau sever	1.2601	8.12	1
38	1	M	B62Z	Admitere pentru afereza	0.1827	-	-
39	1	M	B63Z	Dementa si alte tulburari cronice ale functiei cerebrale	1.7957	9.32	1
40	1	M	B64A	Delir cu CC catastrofal	1.7579	11.96	3
41	1	M	B64B	Delir fara CC catastrofal	0.8884	10.64	2
42	1	M	B65Z	Paralizie cerebrala	0.3339	6.45	1
43	1	M	B66A	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofal sau sever	1.6445	7.23	0
44	1	M	B66B	Tumori ale sistemului nervos fara CC catastrofal sau sever	0.7624	4.46	0
45	1	M	B67A	Tulburari degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofal sau sever	2.1233	9.06	1
46	1	M	B67B	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta >59 fara CC catastrofal sau sever	0.8821	7.37	1
47	1	M	B67C	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta <60 fara CC catastrofal sau sever	0.4032	6.09	0
48	1	M	B68A	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa cu CC	1.8776	7.35	1
49	1	M	B68B	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa fara CC	0.3591	5.63	0
50	1	M	B69A	Analiza imunochimica in strat subtire si ocluzie precerebrala cu CC catastrofale sau sever	0.9766	7.78	2
51	1	M	B69B	Analiza imunochimica in strat subtire si ocluzie precerebrala fara CC catastrofal sau sever	0.4284	6.94	1
52	1	M	B70A	Accident vascular cerebral cu CC catastrofal	2.9991	11.94	2
53	1	M	B70B	Accident vascular cerebral cu CC sever	1.6319	10.05	2
54	1	M	B70C	Accident vascular cerebral fara CC catastrofal sau severe	1.0585	8.65	1
55	1	M	B70D	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0.3969	1.69	0
56	1	M	B71A	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici cu CC	1.2223	7.13	1
57	1	M	B71B	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici fara CC	0.252	6.69	1
58	1	M	B72A	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale cu CC catastrofal sau sever	2.7786	10.75	1
59	1	M	B72B	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale fara CC catastrofal sau sever	1.1467	7.90	1
60	1	M	B73Z	Menigita virala	0.6175	7.93	1
61	1	M	B74Z	Stupoare si coma non-traumatica	0.5482	4.48	0

62	1	M	B75Z	Convulsii febrile	0.2835	4.49	1
63	1	M	B76A	Atacuri cu CC catastrofal sau sever	1.1089	6.05	1
64	1	M	B76B	Atacuri fara CC catastrofal sau sever	0.3717	5.05	0
65	1	M	B77Z	Cefalee	0.2709	4.64	0
66	1	M	B78A	Leziune intracraniana cu CC catastrofal sau sever	1.9973	6.67	0
67	1	M	B78B	Leziune intracraniana fara CC catastrofal sau sever	0.8191	3.72	0
68	1	M	B79Z	Fracturi craniene	0.6616	4.72	0
69	1	M	B80Z	Alta leziune a capului	0.2394	2.87	0
70	1	M	B81A	Alte tulburari ale sistemului nervos cu CC catastrofal sau sever	1.5059	6.62	1
71	1	M	B81B	Alte tulburari ale sistemului nervos fara CC catastrofal sau sever	0.5545	5.72	0
72	2	S	C01Z	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1.2853	5.94	1
73	2	S	C02Z	Enucleeri si proceduri ale orbitei	1.1278	6.03	1
74	2	S	C03Z	Proceduri la nivelul retinei	0.6616	2.63	0
75	2	S	C04Z	Proceduri majore asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0.8884	6.29	1
76	2	S	C05Z	Dacriocistorinostomie	0.6112	4.58	1
77	2	S	C10Z	Proceduri pentru strabism	0.4284	2.85	0
78	2	S	C11Z	Proceduri ale pleoapei	0.4599	3.87	0
79	2	S	C12Z	Alte proceduri asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0.4158	4.09	0
80	2	S	C13Z	Proceduri privind caile lacrimare	0.2835	4.59	1
81	2	S	C14Z	Alte proceduri la nivelul ochiului	0.315	3.29	0
82	2	S	C15A	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei	0.8191	4.76	1
83	2	S	C15B	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei, de zi	0.4284	-	-
84	2	S	C16A	Proceduri asupra cristalinului	0.6049	3.53	1
85	2	S	C16B	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0.4095	-	-
86	2	M	C60A	Infectii oculare acute si majore varsta >54 sau cu (CC catastrofal sau sever)	1.1404	6.32	1
87	2	M	C60B	Infectii oculare acute si majore varsta <55 fara CC catastrofal sau sever	0.7057	4.25	0
88	2	M	C61Z	Tulburari neurologice si vasculare ale ochiului	0.4347	5.55	1
89	2	M	C62Z	Hifema si traume sub control medical la ochi	0.2898	4.64	1
90	2	M	C63A	Alte tulburari ale ochiului cu CC	0.7498	4.95	1
91	2	M	C63B	Alte tulburari ale ochiului fara CC	0.2961	4.30	0
92	3	S	D01Z	Implant cohlear	4.6436	11.21	4
93	3	S	D02A	Proceduri ale capului si gatului cu CC catastrofal sau sever	4.2655	10.66	1
94	3	S	D02B	Proceduri ale capului si gatului cu stare maligna sau CC moderat	1.8335	11.46	1
95	3	S	D02C	Proceduri ale capului si gatului fara stare maligna fara CC	1.1152	8.43	1
96	3	S	D03Z	Reparatie chirurgicala a fisurii buzei sau diagnostic privind cerul gurii	1.1026	8.72	2
97	3	S	D04A	Chirurgie maxialo-faciala cu CC	1.6193	5.77	1
98	3	S	D04B	Chirurgie maxialo-faciala fara CC	0.9325	5.98	1
99	3	S	D05Z	Proceduri la nivelul glandei tiroide	1.4239	8.86	2
100	3	S	D06Z	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei si urechii medii	0.8947	7.56	1
101	3	S	D09Z	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0.5671	5.71	1
102	3	S	D10Z	Proceduri nasale	0.5293	5.92	1

103	3	S	D11Z	Amigdalectomie si/sau adenoidectomie	0.4284	3.55	0
104	3	S	D12Z	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii si gatelului	0.6427	4.69	1
105	3	S	D13Z	Miringotomie cu insertie de tub	0.2457	5.52	1
106	3	S	D14Z	Proceduri asupra gurii si glandei salivare	0.4978	4.61	1
107	3	O	D40Z	Extractii dentare si restaurare	0.3402	3.50	0
108	3	M	D60A	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatelului cu CC catastrofal sau sever	1.8146	8.82	1
109	3	M	D60B	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatelului fara CC catastrofal sau sever	0.5608	7.26	0
110	3	M	D61Z	Dezechilibru	0.3213	6.26	1
111	3	M	D62Z	Epistaxis	0.2961	5.00	1
112	3	M	D63A	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare cu CC	0.5293	5.45	1
113	3	M	D63B	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare fara CC	0.3024	5.09	1
114	3	M	D64Z	Laringotraheita si epiglotita	0.2394	5.33	1
115	3	M	D65Z	Traumatism si diformitate nasale	0.2583	4.26	0
116	3	M	D66A	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gatelul cu CC	0.649	5.57	1
117	3	M	D66B	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gatelul fara CC	0.2457	5.25	1
118	3	M	D67A	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor	0.5293	4.79	1
119	3	M	D67B	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor de zi	0.1449	0.00	1
120	4	S	E01A	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofal	4.1017	18.35	2
121	4	S	E01B	Proceduri majore la nivelul toracelui fara CC catastrofal	2.1989	13.38	2
122	4	S	E02A	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC catastrofal	3.6859	10.24	1
123	4	S	E02B	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC sever	1.5311	9.26	1
124	4	S	E02C	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator fara CC catastrofal sau sever	0.6112	5.36	0
125	4	O	E40Z	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3.6985	8.29	0
126	4	O	E41Z	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilatie neinvaziva	2.6337	7.82	0
127	4	M	E60A	Fibroza cistica cu CC catastrofal sau sever	2.6652	9.14	1
128	4	M	E60B	Fibroza cistica fara CC catastrofal sau sever	2.0036	6.84	1
129	4	M	E61A	Embolism pulmonar cu CC catastrofal sau sever	1.5374	9.27	1
130	4	M	E61B	Embolism pulmonar fara CC catastrofal sau sever	0.7876	9.14	1
131	4	M	E62A	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC catastrofal	1.6697	8.62	2
132	4	M	E62B	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC sever sau moderat	0.9703	7.57	2
133	4	M	E62C	Infectii respiratorii/inflamatii fara CC	0.5608	6.70	1
134	4	M	E63Z	Apnee de somn	0.2835	-	-
135	4	M	E64Z	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	0.8758	6.90	1
136	4	M	E65A	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii cu CC catastrofal sau sever	1.1467	8.30	2
137	4	M	E65B	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii fara CC catastrofal sau sever	0.6805	7.58	2
138	4	M	E66A	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 cu CC	1.4302	6.81	1
139	4	M	E66B	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 sau cu CC	0.7435	5.90	1
140	4	M	E66C	Traumatism major la nivelul toracelui varsta <70 fara CC	0.4032	5.15	1

141	4	M	E67A	Semne si simptome respiratorii cu CC catastrofal sau sever	0.6679	6.47	1
142	4	M	E67B	Semne si simptome respiratorii fara CC catastrofal sau sever	0.3087	4.89	0
143	4	M	E68Z	Pneumotorax	0.7309	8.24	1
144	4	M	E69A	Bronsita si astm varsta >49 cu CC	0.7624	7.70	2
145	4	M	E69B	Bronsita si astm varsta >49 sau cu CC	0.5041	6.02	1
146	4	M	E69C	Bronsita si astm varsta <50 fara CC	0.3339	4.99	1
147	4	M	E70A	Tuse convulsiva si broniolita acuta cu CC	1.0396	6.40	2
148	4	M	E70B	Tuse convulsiva si broniolita acuta fara CC	0.5608	5.38	1
149	4	M	E71A	Tumori respiratorii cu CC catastrofal	1.6508	6.82	1
150	4	M	E71B	Tumori respiratorii cu CC sever sau moderat	0.8758	5.84	0
151	4	M	E71C	Tumori respiratorii fara CC	0.4725	4.62	0
152	4	M	E72Z	Probleme respiratorii aparute in perioada neonatala	0.9829	4.53	0
153	4	M	E73A	Revarsare pleurala cu CC catastrofal	1.6634	9.82	1
154	4	M	E73B	Revarsare pleurala cu CC sever	1.0396	9.26	1
155	4	M	E73C	Revarsare pleurala fara CC catastrofal sau sever	0.6049	8.08	1
156	4	M	E74A	Boala interstitiala pulmonara cu CC catastrofal	1.676	7.06	2
157	4	M	E74B	Boala interstitiala pulmonara cu CC sever	1.153	6.37	2
158	4	M	E74C	Boala interstitiala pulmonara fara CC catastrofal sau sever	0.6616	6.05	2
159	4	M	E75A	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 cu CC	0.9388	6.24	0
160	4	M	E75B	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 sau cu CC	0.6364	5.94	1
161	4	M	E75C	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta <65 fara CC	0.3843	4.80	1
162	5	S	F01A	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofal sau sever	7.3276	11.23	2
163	5	S	F01B	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fara CC catastrofal sau sever	6.3195	-	-
164	5	S	F02Z	Implant/Inlocuire componenta AICD	6.3447	-	-
165	5	S	F03Z	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB cu investigatie cardiaca invaziva	8.8524	21.89	8
166	5	S	F04A	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofal	6.1557	17.36	6
167	5	S	F04B	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofal	4.3663	17.10	4
168	5	S	F05A	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive cu CC catastrofal	6.5779	20.77	7
169	5	S	F05B	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive fara CC catastrofal	4.9397	19.78	8
170	5	S	F06A	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive cu CC catastrofal sau sever	4.0513	14.88	6
171	5	S	F06B	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive fara CC catastrofal sau sever	3.0999	14.96	6
172	5	S	F07A	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB cu CC catastrofal	7.523	19.82	4
173	5	S	F07B	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB fara CC catastrofal	4.5365	18.47	4

174	5	S	F08A	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB cu CC catastrofal	5.2232	11.11	0
175	5	S	F08B	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB fara CC catastrofal	2.5266	8.84	0
176	5	S	F09A	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB cu CC catastrofal	4.1143	13.02	1
177	5	S	F09B	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB fara CC catastrofal	2.6715	10.16	1
178	5	S	F10Z	Interventie coronara percutanata cu AMI	1.8461	6.87	1
179	5	S	F11A	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picioar cu CC catastrofal	5.9037	18.64	3
180	5	S	F11B	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior fara CC catastrofal	2.9487	18.47	4
181	5	S	F12Z	Implantare pacemaker cardiac	1.9343	7.14	1
182	5	S	F13Z	Amputatie a membrului superior si a degetului pentru tulburari ale sistemului circulator	2.3375	15.34	2
183	5	S	F14A	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC catastrofal	3.1881	8.33	1
184	5	S	F14B	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC sever	1.342	6.07	0
185	5	S	F14C	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB fara CC catastrofal sau sever	0.9388	5.83	0
186	5	S	F15Z	Interventie coronara percutanata fara AMI cu implantare de stent	1.2853	5.94	1
187	5	S	F16Z	Interventie coronara percutanata fara AMI fara implantare de stent	1.2538	5.78	1
188	5	S	F17Z	Inlocuire de pacemaker cardiac	1.2538	7.54	1
189	5	S	F18Z	Revizie de pacemaker cardiac exceptand inlocuirea dispozitivului	1.216	7.93	1
190	5	S	F19Z	Alta interventie percutanata cardiaca transvasculara	1.5689	7.89	1
191	5	S	F20Z	Ligatura venelor si stripping	0.6616	6.52	1
192	5	S	F21A	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator cu CC catastrofal	3.2385	9.50	1
193	5	S	F21B	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator fara CC catastrofal	1.2601	8.75	1
194	5	O	F40Z	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3.4401	5.84	0
195	5	O	F41A	Tulburari circulatorii cu AMI cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofal sau sever	1.7327	7.95	1
196	5	O	F41B	Tulburari circulatorii cu AMI cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofal sau sever	1.0648	6.91	1
197	5	O	F42A	Tulburari circulatorii fara AMI cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu diagnostic principal complex	1.0396	6.28	1
198	5	O	F42B	Tulburari circulatorii fara AMI cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara diagnostic principal complex	0.5608	5.28	0
199	5	M	F60A	Tulburari circulatorii cu AMI fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofal sau sever	1.3609	9.81	2

200	5	M	F60B	Tulburari circulatorii cu AMI fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofal sau sever	0.6553	8.73	1
201	5	M	F60C	Tulburari circulatorii cu AMI fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva, decedat	0.7561	3.61	0
202	5	M	F61Z	Endocardita infectioasa	2.7471	17.13	1
203	5	M	F62A	Insuficienta functionala a inimii si soc cardiac cu CC catastrofal	1.6886	8.06	2
204	5	M	F62B	Insuficienta functionala a inimii si soc cardiac fara CC catastrofal	0.7561	6.76	1
205	5	M	F63A	Tromboza venoasa cu CC catastrofal sau sever	1.2538	8.82	2
206	5	M	F63B	Tromboza venoasa fara CC catastrofal sau sever	0.5734	7.78	2
207	5	M	F64Z	Ulceratie a pielii pentru tulburari circulatorii	1.5689	9.50	3
208	5	M	F65A	Tulburari vasculare periferice cu CC catastrofal sau sever	1.2853	7.62	1
209	5	M	F65B	Tulburari vasculare periferice fara CC catastrofal sau sever	0.4284	7.41	1
210	5	M	F66A	Ateroscleroza coronariana cu CC	0.5482	6.66	1
211	5	M	F66B	Ateroscleroza coronariana fara CC	0.2646	5.87	1
212	5	M	F67A	Hipertensiune cu CC	0.7246	6.55	2
213	5	M	F67B	Hipertensiune fara CC	0.3528	5.88	1
214	5	M	F68Z	Boala congenitala de inima	0.378	5.31	1
215	5	M	F69A	Tulburari valvulare cu CC catastrofal sau sever	1.2034	6.66	1
216	5	M	F69B	Tulburari valvulare fara CC catastrofal sau sever	0.252	4.83	1
217	5	M	F70A	Aritmie majora si stop cardiac cu CC catastrofal sau sever	0.9829	5.59	0
218	5	M	F70B	Aritmie majora si stop cardiac fara CC catastrofal sau sever	0.4473	5.30	0
219	5	M	F71A	Aritmie nemajora si tulburari de conducere cu CC catastrofal sau sever	0.9514	7.10	1
220	5	M	F71B	Aritmie nemajora si tulburari de conducere fara CC catastrofal sau sever	0.3654	5.19	1
221	5	M	F72A	Angina instabila cu CC catastrofal sau sever	0.8317	7.09	1
222	5	M	F72B	Angina instabila fara CC catastrofal sau sever	0.4221	6.20	1
223	5	M	F73A	Sincopa si colaps cu CC catastrofal sau sever	0.7876	5.74	1
224	5	M	F73B	Sincopa si colaps fara CC catastrofal sau sever	0.2961	4.38	0
225	5	M	F74Z	Durere toracica	0.2646	3.70	0
226	5	M	F75A	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofal	2.0414	8.64	2
227	5	M	F75B	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC sever	0.9892	7.51	1
228	5	M	F75C	Alte diagnostice ale sistemului circulator fara CC catastrofal sau sever	0.523	6.21	1
229	6	S	G01A	Rezectie rectala cu CC catastrofal	4.694	19.63	5
230	6	S	G01B	Rezectie rectala fara CC catastrofal	2.6841	17.44	5
231	6	S	G02A	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros cu CC catastrofal	4.4356	16.64	2
232	6	S	G02B	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros fara CC catastrofal	2.1359	14.27	3
233	6	S	G03A	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului cu stare maligna	5.0909	17.13	4
234	6	S	G03B	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna cu CC catastrofal sau sever	3.8182	9.90	2
235	6	S	G03C	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna fara CC catastrofal sau sever	1.3672	8.47	2
236	6	S	G04A	Aderente peritoneale varsta >49 cu CC	2.892	11.87	3
237	6	S	G04B	Aderente peritoneale varsta >49 sau cu CC	1.7579	9.19	2

238	6	S	G04C	Aderente peritoneale varsta <50 fara CC	1.0459	6.78	2
239	6	S	G05A	Proceduri minore pe intestinul subtire si gros cu CC	1.9532	6.98	1
240	6	S	G05B	Proceduri minore pe intestinul subtire si gros fara CC	1.0963	6.41	1
241	6	S	G06Z	Procedura piloromiotomie	1.0648	-	-
242	6	S	G07A	Apendicectomie cu CC catastrofal sau sever	1.6886	6.18	1
243	6	S	G07B	Apendicectomie fara CC catastrofal sau sever	0.8443	5.12	1
244	6	S	G08A	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta >59 sau cu (CC catastrofal sau sever)	1.0018	9.57	2
245	6	S	G08B	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta 1 la 59 fara CC catastrofal sau sever	0.5923	7.76	2
246	6	S	G09Z	Proceduri pentru hernia inghinala si femurala varsta >0	0.5797	6.62	2
247	6	S	G10Z	Proceduri pentru hernie varsta <1	0.5293	4.58	1
248	6	S	G11A	Proceduri anale si stomale cu CC catastrofal sau sever	1.2097	7.22	1
249	6	S	G11B	Proceduri anale si stomale fara CC catastrofal sau sever	0.4221	5.84	1
250	6	S	G12A	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofal sau sever	2.8479	10.84	1
251	6	S	G12B	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv fara CC catastrofal sau sever	0.8317	8.39	1
252	6	O	G42A	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0.9577	6.20	1
253	6	O	G42B	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0.1764	-	-
254	6	O	G43Z	Colonoscopie complexa	0.4032	3.48	1
255	6	O	G44A	Alte colonoscopii cu CC catastrofal sau sever	1.5437	5.43	1
256	6	O	G44B	Alte colonoscopii fara CC catastrofal sau sever	0.6364	4.23	0
257	6	O	G44C	Alte colonoscopii, de zi	0.2079	-	-
258	6	O	G45A	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0.7687	4.98	1
259	6	O	G45B	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0.1701	-	-
260	6	O	G46A	Gastroscopie complexa cu CC catastrofal sau sever	1.8335	6.94	1
261	6	O	G46B	Gastroscopie complexa fara CC catastrofal sau sever	0.838	5.06	1
262	6	O	G46C	Gastroscopie complexa, de zi	0.2394	-	-
263	6	M	G60A	Stare maligna digestiva cu CC catastrofal sau sever	0.9766	6.13	0
264	6	M	G60B	Stare maligna digestiva fara CC catastrofal sau sever	0.5041	4.81	0
265	6	M	G61A	Hemoragie gastrointestinala varsta >64 sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.4978	6.94	1
266	6	M	G61B	Hemoragie gastrointestinala varsta <65 fara CC catastrofal sau sever	0.2583	5.67	1
267	6	M	G62Z	Ulcer peptic complicat	0.9199	6.07	1
268	6	M	G63Z	Ulcer peptic necomplicat	0.2205	6.08	1
269	6	M	G64Z	Boala inflamatorie a intestinului	0.5356	5.92	1
270	6	M	G65A	Ocluzie intestinala cu CC	0.9703	5.17	0
271	6	M	G65B	Ocluzie intestinala fara CC	0.4473	4.47	0
272	6	M	G66A	Durere abdominala sau adenita mezenterica cu CC	0.4725	4.60	1
273	6	M	G66B	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC	0.2331	3.74	0
274	6	M	G67A	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani cu CC catastrofal/sever	0.8065	5.68	1

275	6	M	G67B	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani fara CC cat/sev	0.2709	4.77	1
276	6	M	G68A	Gastroenterita varsta <10 ani cu CC	0.7498	4.99	1
277	6	M	G68B	Gastroenterita varsta <10 ani fara CC	0.3402	4.31	1
278	6	M	G69Z	Esofagita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta <10 ani	0.3717	3.86	1
279	6	M	G70A	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0.7813	5.26	1
280	6	M	G70B	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fara CC	0.2394	4.41	0
281	7	S	H01A	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt cu CC catastrofal	5.5572	20.26	3
282	7	S	H01B	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt fara CC catastrofal	2.4825	16.51	3
283	7	S	H02A	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare maligna sau CC catastrofal	4.234	17.17	5
284	7	S	H02B	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna cu (CC moderat sau sever)	2.3753	16.62	5
285	7	S	H02C	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna fara CC	1.3294	14.81	3
286	7	S	H05A	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofal sau sever	2.432	8.95	1
287	7	S	H05B	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fara CC catastrofal sau sever	1.0648	6.71	2
288	7	S	H06Z	Alte proceduri in sala de operatii hepatobiliare si pancreatice	2.4825	8.88	1
289	7	S	H07A	Colecistectomie deschisa cu CDE inchis sau cu CC catastrofal	3.478	13.85	3
290	7	S	H07B	Colecistectomie deschisa fara CDE inchis fara CC catastrofal	1.5563	11.23	3
291	7	S	H08A	Colecistectomie laparoscopica cu CDE inchis sau cu (CC catastrofal sau sever)	1.7075	7.06	1
292	7	S	H08B	Colecistectomie laparoscopica fara CDE inchis fara CC catastrofal sau sever	0.8443	5.56	1
293	7	O	H40Z	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sangerande	1.9469	5.89	0
294	7	O	H41A	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofal sau sever	2.0099	7.43	1
295	7	O	H41B	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC catastrofal sau sever	0.838	6.17	1
296	7	O	H42A	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofal sau sever	1.8083	8.03	1
297	7	O	H42B	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC moderat	1.0144	6.66	1
298	7	O	H42C	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC	0.586	5.07	0
299	7	M	H60A	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC catastrofal	1.9406	8.22	1
300	7	M	H60B	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC sever	0.9136	7.32	1
301	7	M	H60C	Ciroza si hepatita alcoolica fara CC catastrofal sau sever	0.4347	6.74	1
302	7	M	H61A	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 cu CC catastrofal sau sever) sau cu CC catastrofal	1.3987	7.01	1
303	7	M	H61B	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (vge >69 fara CC catastrofal sau sever) sau fara CC catastrofal	0.6301	5.62	0
304	7	M	H62A	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne cu CC catastrofal sau sever	1.4428	7.14	1

305	7	M	H62B	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fara CC catastrofal sau sever	0.5797	6.31	1
306	7	M	H63A	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1.4996	7.15	1
307	7	M	H63B	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fara CC cat/sev	0.4095	6.05	1
308	7	M	H64A	Tulburari ale tractului biliar cu CC	0.8569	6.18	1
309	7	M	H64B	Tulburari ale tractului biliar fara CC	0.3465	5.12	1
310	8	S	I01Z	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremitatilor inferioare	5.7966	19.60	4
311	8	S	I02A	Transfer de tesut microrvascular sau (greafa de piele cu CC catastrofal sau sever), cu exceptia mainii	6.9181	16.17	1
312	8	S	I02B	Grefe pe piele fara CC catastrofal sau sever, cu exceptia mainii	2.7534	14.76	0
313	8	S	I03A	Revizie a artroplastiei totale de sold cu CC catastrofal sau sever	6.1935	19.40	5
314	8	S	I03B	Inlocuire sold cu CC catastrofal sau sever sau revizie a artroplastiei totale de sold fara CC catastrofal sau sever	3.3834	16.82	5
315	8	S	I03C	Inlocuire sold fara CC catastrofal sau sever	2.7597	14.06	5
316	8	S	I04Z	Inlocuire si reatasare de genunchi	2.892	14.30	2
317	8	S	I05Z	Alte proceduri majore de inlocuire a articulatiilor si reatasare a unui membru	2.6652	12.24	1
318	8	S	I06Z	Artrodeza vertebrala cu diformitate	6.1683	14.12	3
319	8	S	I07Z	Amputatie	4.8767	19.38	3
320	8	S	I08A	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului cu CC catastrofal sau sever	3.1188	15.24	4
321	8	S	I08B	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului fara CC catastrofal sau sever	1.928	13.06	3
322	8	S	I09A	Artrodeza vertebrala cu CC catastrofal sau sever	5.6517	13.80	2
323	8	S	I09B	Artrodeza vertebrala fara CC catastrofal sau sever	3.0432	10.53	1
324	8	S	I10A	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului cu CC catastrofal sau sever	2.6967	10.31	2
325	8	S	I10B	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului fara CC catastrofal sau sever	1.3546	8.44	2
326	8	S	I11Z	Proceduri de alungire a membrilor	2.0603	10.92	0
327	8	S	I12A	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC catastrofal	4.9334	15.91	2
328	8	S	I12B	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC sever	2.6274	11.95	1
329	8	S	I12C	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv fara CC catastrofal sau sever	1.3546	11.01	1
330	8	S	I13A	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei cu CC catastrofal sau sever	2.9298	13.13	2
331	8	S	I13B	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei varsta >59 fara CC catastrofal sau sever	1.6004	11.18	2
332	8	S	I13C	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei varsta <60 fara CC catastrofal sau sever	1.2034	9.41	1

333	8	S	I14Z	Revizie a bontului de amputatie	1.487	11.22	1
334	8	S	I15Z	Chirurgie cranio-faciale	1.9343	-	-
335	8	S	I16Z	Alte proceduri la nivelul umarului	0.8695	5.85	0
336	8	S	I17Z	Chirurgie maxilo-faciale	1.4113	10.62	1
337	8	S	I18Z	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0.5167	4.87	0
338	8	S	I19Z	Alte proceduri la nivelul cotului si antebratului	0.9829	6.94	1
339	8	S	I20Z	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0.7939	7.06	1
340	8	S	I21Z	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare a soldului si femurului	0.8506	6.98	0
341	8	S	I23Z	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv sold si femur	0.4221	4.43	0
342	8	S	I24Z	Artroscopie	0.4536	2.85	0
343	8	S	I25Z	Proceduri diagnostic ale oaselor si a incheieturilor, incluzand biopsia	1.8146	7.06	0
344	8	S	I27A	Proceduri la nivelul tesuturilor moi cu CC catastrofal sau sever	2.1422	8.70	0
345	8	S	I27B	Proceduri la nivelul tesuturilor moi fara CC catastrofal sau sever	0.6868	5.68	0
346	8	S	I28A	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv cu CC	2.4699	6.92	0
347	8	S	I28B	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv fara CC	0.7435	5.29	0
348	8	S	I29Z	Reconstructie sau revizie a genunchiului	1.0711	5.20	1
349	8	S	I30Z	Proceduri la nivelul mainii	0.5545	4.64	0
350	8	M	I60Z	Fracturi ale diafizei femurale	1.7579	4.71	0
351	8	M	I61Z	Fracturi ale extremitatii distale femurale	1.3483	6.44	0
352	8	M	I63Z	Entorse, luxatii si dislocari ale soldului, pelvisului si coapsei	0.5356	6.18	0
353	8	M	I64A	Osteomielita cu CC	2.0162	10.57	1
354	8	M	I64B	Osteomielita fara CC	0.712	7.54	0
355	8	M	I65A	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica cu CC catastrofal sau sever	1.3609	7.30	0
356	8	M	I65B	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica tologica fara CC catastrofal sau sever	0.5671	5.48	0
357	8	M	I66A	Tulburari inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofal sau sever	2.2178	6.98	1
358	8	M	I66B	Tulburari inflamatorii musculoscheletale fara CC catastrofal sau sever	0.4221	5.75	1
359	8	M	I67A	Artrita septica cu CC catastrofal sau sever	2.3564	9.16	1
360	8	M	I67B	Artrita septica fara CC catastrofal sau sever	0.7939	7.12	1
361	8	M	I68A	Tulburari nechirurgicale ale coloanei cu CC	1.3294	7.07	1
362	8	M	I68B	Tulburari nechirurgicale ale coloanei fara CC	0.6049	5.94	1
363	8	M	I68C	Tulburari nechirurgicale ale coloanei, de zi	0.189	0.00	1
364	8	M	I69A	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 cu CC catastrofal sau sever	1.5626	7.16	1
365	8	M	I69B	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.5923	6.53	1
366	8	M	I69C	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta <75 fara CC catastrofal sau sever	0.2898	5.56	1
367	8	M	I70Z	Artropatii nespecifice	0.5482	6.66	1

368	8	M	I71A	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 cu CC	0.8695	7.86	1
369	8	M	I71B	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 sau cu CC	0.4032	5.91	1
370	8	M	I71C	Alte tulburari musculotendinoase varsta <70 fara CC	0.2646	5.44	1
371	8	M	I72A	Tulburari musculotendinoase specifice varsta >79 sau cu (CC catastrofal sau sever)	1.2034	7.66	1
372	8	M	I72B	Tulburari musculotendinoase specifice varsta <80 fara CC catastrofal sau sever	0.3339	5.99	1
373	8	M	I73A	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta >59 cu CC catastrofal sau sever	1.7768	11.43	1
374	8	M	I73B	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta >59 sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.6427	7.16	0
375	8	M	I73C	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta <60 fara CC catastrofal sau sever	0.3465	4.87	0
376	8	M	I74A	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 cu CC	1.1026	4.17	0
377	8	M	I74B	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 sau cu CC	0.4284	3.57	0
378	8	M	I74C	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC	0.2835	3.16	0
379	8	M	I75A	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta >64 cu CC	1.3861	5.13	0
380	8	M	I75B	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei varsta >64 sau cu CC	0.586	4.27	0
381	8	M	I75C	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC	0.2961	3.87	0
382	8	M	I76A	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 cu CC	1.1467	8.42	1
383	8	M	I76B	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 sau cu CC	0.4788	6.14	0
384	8	M	I76C	Alte tulburari musculoscheletale varsta <70 fara CC	0.2583	4.67	0
385	8	M	I77A	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofal sau sever	2.0477	8.12	1
386	8	M	I77B	Fracturi ale pelvisului fara CC catastrofal sau sever	0.9262	6.96	0
387	8	M	I78A	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofal sau sever	1.2979	7.28	0
388	8	M	I78B	Fracturi ale colului femural fara CC catastrofal sau sever	0.4284	5.63	0
389	9	S	J01Z	Transfer de tesut microvascular pentru piele, tesut subcutanat si tulburari ale sanului	4.8137	13.11	2
390	9	S	J06A	Proceduri majore pentru afectiuni maligne ale sanului	1.2097	11.34	2
391	9	S	J06B	Proceduri majore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0.9829	7.04	1
392	9	S	J07A	Proceduri minore pentru afectiuni maligne ale sanului	0.5482	4.78	0
393	9	S	J07B	Proceduri minore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0.378	4.88	0
394	9	S	J08A	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare cu CC catastrofal sau sever	2.0918	9.03	1
395	9	S	J08B	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare fara CC catastrofal sau sever	0.6112	5.62	0
396	9	S	J09Z	Proceduri perianale si pilonidale	0.4978	5.25	1

397	9	S	J10Z	Proceduri in sala de operatii ale pielii, tesutului subcutanat si chirurgie plastica la nivelul sanului	0.4473	5.45	0
398	9	S	J11Z	Alte proceduri ale pielii, tesutului subcutanat si sanului	0.2709	4.65	0
399	9	S	J12A	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita cu CC catastrofal	4.7444	13.23	2
400	9	S	J12B	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofal cu grefa de piele/lambou de reparare	2.6148	21.64	3
401	9	S	J12C	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofal fara grefa de piele/lambou de reparare	1.7768	9.87	1
402	9	S	J13A	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita cu grefa de piele (CC catastrofal sau sever)	2.4194	-	-
403	9	S	J13B	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita fara (grefa de piele si (CC catastrofal sau sever)	0.8947	7.03	0
404	9	S	J14Z	Reconstructii majore ale sanului	3.5347	-	-
405	9	M	J60A	Ulceratii ale pielii	1.4491	9.33	2
406	9	M	J60B	Ulceratie ale pielii, de zi	0.126	-	-
407	9	M	J62A	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 cu CC) sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.6742	5.61	0
408	9	M	J62B	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 fara CC) sau fara (CC catastrofal sau sever)	0.2394	4.19	0
409	9	M	J63Z	Tulburari nemaligne ale sanului	0.2772	4.35	0
410	9	M	J64A	Celulita varsta >59 cu CC catastrofal sau sever	1.342	9.48	2
411	9	M	J64B	Celulita (varsta >59 fara CC catastrofal sau sever) sau varsta <60	0.5608	6.31	1
412	9	M	J65A	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta >69	0.5545	5.30	1
413	9	M	J65B	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta <70	0.2709	3.74	0
414	9	M	J67A	Tulburari minore ale pielii	0.5923	5.02	1
415	9	M	J67B	Tulburari minore ale pielii, de zi	0.1575	0.00	1
416	9	M	J68A	Tulburari majore ale pielii	0.9199	6.54	1
417	9	M	J68B	Tulburari majore ale pielii, de zi	0.0882	-	-
418	10	S	K01Z	Proceduri ale piciorului diabetic	3.7867	11.75	2
419	10	S	K02Z	Proceduri la nivel de hipofiza	2.7849	14.98	4
420	10	S	K03Z	Proceduri adrenale	2.6085	11.93	3
421	10	S	K04Z	Proceduri majore pentru obezitate	1.5689	5.71	1
422	10	S	K05Z	Proceduri paratiroide	1.2664	6.81	1
423	10	S	K06Z	Proceduri tiroida	1.1152	5.98	1
424	10	S	K07Z	Proceduri privind obezitatea	1.3357	10.79	0
425	10	S	K08Z	Proceduri privind tiroglosul	0.6616	6.80	1
426	10	S	K09Z	Alte proceduri in sala de operatii la nivel endocrin, nutritional si metabolic	2.7849	6.04	1
427	10	O	K40Z	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburari metabolice fara CC	0.3843	5.30	1
428	10	M	K60A	Diabet cu CC catastrofal sau sever	1.279	6.99	1
429	10	M	K60B	Diabet fara CC catastrofal sau sever	0.5734	6.06	1
430	10	M	K61Z	Perturbare nutritionala severa	2.306	6.28	1

431	10	M	K62A	Diverse tulburari metabolice cu CC catastrofal	1.5185	5.49	1
432	10	M	K62B	Diverse tulburari metabolice varsta >74 sau cu CC sever	0.7246	4.85	1
433	10	M	K62C	Diverse tulburari metabolice varsta <75 fara CC catastrofal sau sever	0.3843	4.31	1
434	10	M	K63Z	Erori innascute de metabolismm	0.4158	5.13	1
435	10	M	K64A	Tulburari endocrine cu CC catastrofal sau sever	1.4239	5.60	1
436	10	M	K64B	Tulburari endocrine fara CC catastrofal sau sever	0.4851	4.91	1
437	11	S	L02A	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa cu CC catastrofal sau sever	4.0576	13.24	0
438	11	S	L02B	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa fara CC catastrofal sau sever	1.1971	9.16	0
439	11	S	L03A	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofal sau sever	4.1332	18.33	4
440	11	S	L03B	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori fara CC catastrofal sau sever	2.7345	14.87	4
441	11	S	L04A	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofal	3.6229	14.21	1
442	11	S	L04B	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC sever sau moderat	1.8461	11.07	1
443	11	S	L04C	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne fara CC	1.279	9.19	1
444	11	S	L05A	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofal sau sever	2.2241	10.92	3
445	11	S	L05B	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofal sau sever	0.8821	10.00	2
446	11	S	L06A	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofal sau sever	1.9847	11.96	2
447	11	S	L06B	Proceduri minore ale vezicii urinare fara CC catastrofal sau sever	0.6364	7.77	1
448	11	S	L07A	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei cu CC catastrofal sau sever	1.279	8.52	2
449	11	S	L07B	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei fara CC catastrofal sau sever	0.523	6.64	1
450	11	S	L08A	Proceduri ale uretrei cu CC	0.8569	7.01	1
451	11	S	L08B	Proceduri ale uretrei fara CC	0.5419	6.52	1
452	11	S	L09A	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC catasatrofal	4.946	11.48	0
453	11	S	L09B	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC sever	2.1233	7.80	0
454	11	S	L09C	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofal sau sever	1.0459	5.66	0
455	11	O	L40Z	Ureteroscopie	0.6238	6.05	1
456	11	O	L41Z	Cistouretroscopie, de zi	0.2016	-	-
457	11	O	L42Z	Litotripsie extracorporeala pentru litiaza urinara	0.3969	4.12	1
458	11	M	L60A	Insuficienta renala cu CC catastrofal	2.2556	8.67	1
459	11	M	L60B	Insuficienta renala cu CC sever	1.216	7.36	1
460	11	M	L60C	Insuficienta renala fara CC catastrofal sau sever	0.6364	6.42	1
461	11	M	L61Z	Admitere pentru dializa renala	0.0945	-	-

462	11	M	L62A	Tumori ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofal sau sever	1.2601	6.74	0
463	11	M	L62B	Tumori ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofal sau sever	0.6112	4.85	0
464	11	M	L63A	Infectii ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofal	1.6445	7.72	1
465	11	M	L63B	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta >69 sau cu CC sever	0.7435	6.14	1
466	11	M	L63C	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta <70 fara CC catastrofal sau sever	0.4284	5.86	1
467	11	M	L64Z	Pietre si obstructie urinara	0.3276	4.98	1
468	11	M	L65A	Semne si simptome ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofal sau sever	0.9262	5.85	1
469	11	M	L65B	Semne si simptome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofal sau sever	0.3339	4.93	1
470	11	M	L66Z	Stricture uretrala	0.3528	5.31	0
471	11	M	L67A	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofal	2.0603	7.44	1
472	11	M	L67B	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC sever	0.8947	3.72	0
473	11	M	L67C	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofal sau sever	0.3087	5.34	1
474	12	S	M01Z	Proceduri majore pelvine la barbat	2.7723	16.65	6
475	12	S	M02A	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofal sau sever	1.6823	10.57	3
476	12	S	M02B	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofal sau sever	0.8695	9.12	3
477	12	S	M03A	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1.0963	4.84	0
478	12	S	M03B	Proceduri la nivelul penisului fara CC	0.5734	3.99	0
479	12	S	M04A	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1.0711	7.85	1
480	12	S	M04B	Proceduri la nivelul testiculelor fara CC	0.441	5.33	1
481	12	S	M05Z	Circumcizie	0.3213	3.23	0
482	12	S	M06A	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea maligna	1.9217	7.42	1
483	12	S	M06B	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptand cele pentru starea maligna	0.6049	8.62	1
484	12	O	M40Z	Cistoureoscopie fara CC	0.189	5.18	1
485	12	M	M60A	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofal sau sever	1.0081	5.97	0
486	12	M	M60B	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin fara CC catastrofal sau sever	0.3465	4.61	0
487	12	M	M61A	Hipertrofie prostatica benigna cu CC catastrofal sau sever	1.0837	5.95	1
488	12	M	M61B	Hipertrofie prostatica benigna fara CC catastrofal sau sever	0.2835	4.93	0
489	12	M	M62A	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0.7687	6.02	1
490	12	M	M62B	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin fara CC	0.3402	4.49	0
491	12	M	M63Z	Sterilizare, barbati	0.2646	-	-
492	12	M	M64Z	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0.252	4.20	0
493	13	S	N01Z	Eviscerare a pelvisului si vulvectomie radicala	3.3456	12.91	3
494	13	S	N02A	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor cu CC	3.0243	12.58	3

495	13	S	N02B	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor fara CC	1.6949	9.50	3
496	13	S	N03A	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor cu CC	2.5833	10.25	1
497	13	S	N03B	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor fara CC	1.5878	7.89	1
498	13	S	N04Z	Histerectomie pentru stare nemaligna	1.1719	10.06	4
499	13	S	N05A	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofal sau sever	1.9784	9.79	3
500	13	S	N05B	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fara CC catastrofal sau sever	0.9955	8.15	2
501	13	S	N06Z	Proceduri de reconstructie ale sistemului reproductiv feminin	0.9514	8.69	3
502	13	S	N07Z	Alte proceduri la nivel uterin si anexe pentru stare nemaligna	0.5104	4.22	0
503	13	S	N08Z	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0.4536	4.68	0
504	13	S	N09Z	Conizatie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin si vulvei	0.3087	4.24	0
505	13	S	N10Z	Curetaj diagnostic si histeroscopie diagnostica	0.2898	2.96	0
506	13	S	N11A	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta >64 cu stare maligna sau cu CC	2.8668	4.59	0
507	13	S	N11B	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta <65 fara neoplasm fara CC	0.3717	3.82	0
508	13	M	N60A	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofal sau sever	1.0963	7.26	0
509	13	M	N60B	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin fara CC catastrofal sau sever	0.5797	5.56	0
510	13	M	N61Z	Infectii, sistem reproductiv feminin	0.3969	4.66	1
511	13	M	N62A	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin cu CC	0.4347	4.44	1
512	13	M	N62B	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin fara CC	0.1827	3.73	0
513	14	S	O01A	Nastere prin cezariana cu CC catastrofal	2.3123	8.96	2
514	14	S	O01B	Nastere prin cezariana cu CC sever	1.5752	7.85	2
515	14	S	O01C	Nastere prin cezariana fara CC catastrofal sau sever	1.2223	6.77	2
516	14	S	O02A	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal sau sever	1.2412	5.95	1
517	14	S	O02B	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal sau sever	0.9388	5.39	1
518	14	S	O03Z	Sarcina ectopica	0.8128	6.76	2
519	14	S	O04Z	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0.586	3.79	0
520	14	S	O05Z	Avort cu proceduri in sala de operatii	0.2835	2.86	0
521	14	M	O60A	Nastere vaginala cu CC catastrofal sau sever	1.027	6.39	1
522	14	M	O60B	Nastere vaginala fara CC catastrofal sau sever	0.7309	5.02	1
523	14	M	O60C	Nastere vaginala singulara fara complicatii fara alte afectiuni	0.6238	4.98	1
524	14	M	O61Z	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0.3402	5.96	1
525	14	M	O63Z	Avort fara proceduri in sala de operatii	0.2394	3.18	0

526	14	M	O64A	False travaliu inainte de 37saptamani sau cu CC catastrofal	0.3276	4.34	1
527	14	M	O64B	False travaliu dupa 37 saptamani fara CC catastrofal	0.1449	3.95	0
528	14	M	O66A	Admitere prenatala si pentru alte probleme obstetrice	0.3654	4.54	1
529	14	M	O66B	Admitere prenatala si pentru alte probleme obstetrice, de zi	0.0945	0.00	1
530	15	S	P01Z	Neonatal decedat sau transferat <5 zile de admitere, cu proceduri in sala de operatii semnificative	0.7561	1.38	0
531	15	S	P02Z	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru neonatali	15.7327	15.65	2
532	15	S	P03Z	Neonatal, greutate la admitere 1000-1499 g cu procedura in sala de operatii semnificativa	12.4375	26.90	1
533	15	S	P04Z	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g cu procedura in sala de operatii semnificativa	9.9109	20.27	1
534	15	S	P05Z	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g cu procedura in sala de operatii semnificativa	6.414	16.22	1
535	15	S	P06A	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g cu procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme multiple majore	10.1629	25.34	2
536	15	S	P06B	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g cu procedura in sala de operatii semnificativa fara probleme multiple majore	3.27	5.25	1
537	15	M	P60A	Neonatal decedat sau transferat <5 zile de admitere, fara procedura in sala de operatii semnificativa, nou-nascut	0.2709	1.49	0
538	15	M	P60B	Neonatal decedat sau transferat <5 zile de admitere, fara procedura in sala de operatii semnificativa, nu nou nascut	0.4536	1.37	0
539	15	M	P61Z	Neonatal, greutate la admitere < 750 g	22.6886	22.05	0
540	15	M	P62Z	Neonatal, greutate la admitere 750-999 g	15.7579	26.30	1
541	15	M	P63Z	Neonatal, greutate la admitere 1000-1249 g fara procedura in sala de operatii semnificativa	6.0801	24.41	1
542	15	M	P64Z	Neonatal, greutate la admitere 1250-1499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa	4.5113	23.48	1
543	15	M	P65A	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme multiple majore	4.6751	20.77	2
544	15	M	P65B	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme majore	3.1944	17.60	2
545	15	M	P65C	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu alte probleme	2.3312	15.78	2
546	15	M	P65D	Neonatal, greutate la admitere 1500-1999 g fara procedura in sala de operatii semnificativa fara probleme	2.1296	12.86	1
547	15	M	P66A	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme multiple majore	2.5581	13.96	2
548	15	M	P66B	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme majore	2.0918	10.17	1
549	15	M	P66C	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu alte probleme	1.4176	8.63	2

550	15	M	P66D	Neonatal, greutate la admitere 2000-2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa fara probleme	0.6301	6.89	1
551	15	M	P67A	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme multiple majore	2.2934	10.24	1
552	15	M	P67B	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu probleme majore	1.3042	6.29	1
553	15	M	P67C	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa cu alte probleme	0.7309	4.85	1
554	15	M	P67D	Neonatal, greutate la admitere > 2499 g fara procedura in sala de operatii semnificativa fara probleme	0.315	4.37	1
555	16	S	Q01Z	Splenectomie	2.3753	13.01	3
556	16	S	Q02A	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoitice cu CC catastrofal sau sever	3.3582	6.99	1
557	16	S	Q02B	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoitice fara CC catastrofal sau sever	0.6175	5.29	0
558	16	M	Q60A	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate cu CC catastrofal sau sever	1.5563	5.47	1
559	16	M	Q60B	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofal sau sever cu stare maligna	0.712	6.06	0
560	16	M	Q60C	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofal sau sever fara stare maligna	0.2331	5.09	1
561	16	M	Q61A	Tulburari ale globulelor rosii cu CC catastrofal	1.3168	7.71	1
562	16	M	Q61B	Tulburari ale globulelor rosii cu CC sever	0.649	6.83	1
563	16	M	Q61C	Tulburari ale globulelor rosii fara CC catastrofal sau sever	0.2268	5.49	0
564	16	M	Q62Z	Anomalii de coagulare	0.3969	5.78	0
565	17	S	R01A	Limfom si leucemie cu proceduri in sala de operatii majore cu CC catastrofal sau sever	6.3195	14.71	1
566	17	S	R01B	Limfom si leucemie cu proceduri in sala de operatii majore fara CC catastrofal sau sever	2.0162	10.85	1
567	17	S	R02A	Alte tulburari neoplazice cu proceduri in sala de operatii majore cu CC catastrofal sau sever	3.396	13.32	2
568	17	S	R02B	Alte tulburari neoplazice cu proceduri in sala de operatii majore fara CC catastrofal sau sever	1.8398	8.60	0
569	17	S	R03A	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal sau sever	4.8767	12.61	1
570	17	S	R03B	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal sau sever	0.9892	6.88	0
571	17	S	R04A	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofal sau sever	1.5248	8.05	1
572	17	S	R04B	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofal sau sever	0.712	6.75	0
573	17	M	R60A	Leucemie acuta cu CC catastrofal	5.387	16.29	1
574	17	M	R60B	Leucemie acuta cu CC sever	1.0648	10.76	0

575	17	M	R60C	Leucemie acuta fara CC catastrofal sau sever	0.6112	5.53	0
576	17	M	R61A	Limfom si leucemie non-acuta cu CC catastrofal	3.0936	7.92	0
577	17	M	R61B	Limfom si leucemie non-acuta fara CC catastrofal	1.0207	4.66	0
578	17	M	R61C	Limfom si leucemie non-acuta, de zi	0.1323	0.00	1
579	17	M	R62A	Alte tulburari neoplazice cu CC	1.1656	6.59	0
580	17	M	R62B	Alte tulburari neoplazice fara CC	0.4914	4.94	0
581	17	M	R63Z	Chimioterapie	0.1512	5.08	0
582	17	M	R64Z	Radioterapie	0.4095	7.86	0
583	18	M	S60Z	HIV, de zi	0.189	-	-
584	18	M	S65A	Boli conexe HIV cu CC catastrofal	5.4627	8.56	0
585	18	M	S65B	Boli conexe HIV cu CC sever	2.432	6.40	1
586	18	M	S65C	Boli conexe HIV fara CC catastrofal sau sever	1.5941	5.17	1
587	18	S	T01A	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC catastrofal	5.6769	10.95	1
588	18	S	T01B	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC sever sau moderat	2.4888	8.36	1
589	18	S	T01C	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare fara CC	1.3231	7.08	1
590	18	M	T60A	Septicemie cu CC catastrofal sau sever	1.7327	9.00	1
591	18	M	T60B	Septicemie fara CC catastrofal sau sever	0.8254	6.82	1
592	18	M	T61A	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta >54 sau cu (CC catastrofal sau sever)	0.9514	9.27	1
593	18	M	T61B	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta <55 fara CC catastrofal sau sever	0.5545	6.19	1
594	18	M	T62A	Febra de origine necunoscuta cu CC	0.8443	5.74	1
595	18	M	T62B	Febra de origine necunoscuta fara CC	0.3969	4.68	0
596	18	M	T63A	Boala virala varsta >59 sau cu CC	0.5734	6.87	1
597	18	M	T63B	Boala virala varsta <60 fara CC	0.3087	5.44	1
598	18	M	T64A	Alte boli infectioase sau parazitare cu CC catastrofal sau sever	1.8146	7.03	1
599	18	M	T64B	Alte boli infectioase sau parazitare fara CC catastrofal sau sever	0.5608	5.93	1
600	19	O	U40Z	Tratament al sanatatii mentale, de zi, cu terapie electroconvulsiva (ECT)	0.1197	-	-
601	19	M	U60Z	Tratament al sanatatii mentale, de zi, fara terapie electroconvulsiva (ECT)	0.1134	0.00	1
602	19	M	U61A	Tulburari schizofrenice cu statut legal al sanatatii mentale	2.3942	-	-
603	19	M	U61B	Tulburari schizofrenice fara statut mental al sanatatii mentale	1.3168	14.47	2
604	19	M	U62A	Paranoia si tulburare psihica acuta cu CC catastrofal/sever sau cu statut legal al sanatatii mentale	1.928	11.57	2
605	19	M	U62B	Paranoia si tulburare psihica acuta fara CC catastrofal/sever fara statut legal al sanatatii mentale	0.9325	11.49	1
606	19	M	U63A	Tulburari afective majore varsta >69 sau cu (CC catastrofal sau sever)	2.2367	12.26	3
607	19	M	U63B	Tulburari afective majore Varsta <70 fara CC catastrofal sau sever	1.4996	11.74	2
608	19	M	U64Z	Alte tulburari afective si somatoforme	0.8695	9.31	1
609	19	M	U65Z	Tulburari de anxietate	0.6553	6.85	1
610	19	M	U66Z	Supralimentatie si tulburari obsesiv-compulsive	3.3204	6.56	1

611	19	M	U67Z	Tulburari de personalitate si reactii acute	0.8002	8.87	1
612	19	M	U68Z	Tulburari mentale in copilarie	1.6634	5.24	1
613	20	M	V60A	Intoxicatie cu alcool si sevraj cu CC	0.5545	9.15	1
614	20	M	V60B	Intoxicatie cu alcool si sevraj fara CC	0.2457	7.94	1
615	20	M	V61Z	Intoxicatii medicamentoase si sevraj	0.7309	10.28	0
616	20	M	V62A	Tulburare si dependenta datorite consumului de alcool	0.6805	9.38	1
617	20	M	V62B	Tulburare si dependenta datorite consumului de alcool, de zi	0.0882	-	-
618	20	M	V63A	Tulburari si dependenta datorite consumului de opiacee	0.3843	-	-
619	20	M	V63B	Tulburari si dependenta datorite consumului de opiacee, plecare impotriva sfatului medicului	0.3591	-	-
620	20	M	V64Z	Alte tulburari si dependente datorite consumului de droguri	0.3843	12.30	0
621	21	S	W01Z	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traumatisme multiple semnificative	15.2538	23.70	3
622	21	S	W02Z	Proceduri la sold, femur si membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5.9478	19.26	5
623	21	S	W03Z	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4.5617	13.27	3
624	21	S	W04Z	Alte proceduri in sala de operatii pentru traumatisme multiple semnificative	5.0405	16.06	2
625	21	M	W60Z	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la alta unitate de ingrijiri acute, LOS<5 zile	0.9766	1.28	0
626	21	M	W61Z	Traumatisme multiple fara proceduri semnificative	2.0036	8.46	1
627	21	S	X02Z	Transfer de tesut microvascular sau grefa de piele pentru leziuni ale mainii	0.838	6.29	0
628	21	S	X04A	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta >59 sau cu CC	1.8272	10.04	1
629	21	S	X04B	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta <60 fara CC	0.7624	7.10	0
630	21	S	X05Z	Alte proceduri pentru leziuni ale mainii	0.5545	4.45	0
631	21	S	X06A	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofal sau sever	2.1611	5.68	0
632	21	S	X06B	Alte proceduri pentru alte leziuni fara CC catastrofal sau sever	0.6553	4.71	0
633	21	S	X07A	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular sau cu (CC catastrofal sau sever)	3.5158	14.75	1
634	21	S	X07B	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular fara CC catastrofal sau sever	1.5437	15.55	1
635	21	M	X60A	Leziuni varsta >64 cu CC	0.8506	7.05	1
636	21	M	X60B	Leziuni varsta >64 fara CC	0.2772	6.08	1
637	21	M	X60C	Leziuni varsta <65	0.2268	4.49	0
638	21	M	X61Z	Reactii alergice	0.2457	4.00	0
639	21	M	X62A	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta >59 sau cu CC	0.586	3.69	0
640	21	M	X62B	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta <60 fara CC	0.2457	2.50	0
641	21	M	X63A	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofal sau sever	0.9577	6.49	1
642	21	M	X63B	Sechele ale tratamentului fara CC catastrofal sau sever	0.3906	6.23	1

643	21	M	X64A	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta >59 sau cu CC	0.649	7.06	0
644	21	M	X64B	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta <60 fara CC	0.2268	5.18	0
645	22	S	Y01Z	Arsuri grave, cu adancime completa	28.8695	26.08	1
646	22	S	Y02A	Alte arsuri cu grefa de piele varsta >64 sau cu (CC catastrofal sau sever) sau cu proceduri complicate	5.9163	24.60	3
647	22	S	Y02B	Alte arsuri cu grefa de piele varsta <65 fara (CC catastrofal sau sever) fara proceduri complicate	1.9469	24.23	1
648	22	S	Y03Z	Alte proceduri in sala de operatii pentru alte arsuri	1.1971	10.64	1
649	22	M	Y60Z	Arsuri, pacienti cu arsuri transferati catre alte unitati de ingrijiri acute < 5 zile	0.252	1.79	0
650	22	M	Y61Z	Arsuri grave	0.9325	11.31	1
651	22	M	Y62A	Alte arsuri varsta >64 sau cu (CC catastrofal sau sever) sau cu proceduri complicate	1.5311	10.69	1
652	22	M	Y62B	Alte arsuri varsta <65 fara (CC catastrofal sau sever) fara proceduri complicate	0.4347	6.62	0
653	23	S	Z01A	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate cu CC catastrofal/sever	1.0585	6.87	0
654	23	S	Z01B	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate fara CC catastrofal/sever	0.4536	4.35	0
655	23	O	Z40Z	Monitorizare dupa tratament complet cu endoscopie	0.1701	3.48	0
656	23	M	Z60A	Reabilitare cu CC catastrofal sau sever	2.1989	10.42	3
657	23	M	Z60B	Reabilitare fara CC catastrofal sau sever	1.1341	8.99	2
658	23	M	Z60C	Reabilitare, de zi	0.1575	-	-
659	23	M	Z61Z	Semne si simptome	0.441	5.22	0
660	23	M	Z62Z	Monitorizare fara endoscopie	0.189	3.87	0
661	23	M	Z63A	Alte post ingrijiri cu CC catastrofal sau sever	1.5122	6.47	0
662	23	M	Z63B	Alte post ingrijiri fara CC catastrofal sau sever	0.4914	4.42	0
663	23	M	Z64A	Alti factori care influenteaza starea de sanatate	0.5923	4.38	0
664	23	M	Z64B	Alti factori care influenteaza starea de sanatate, de zi	0.1323	-	-
665	23	M	Z65Z	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0.441	5.14	0

NOTA:

"-" semnifica un numar insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului

DMS si limitele duratei de spitalizare pentru fiecare grupa DRG au fost calculate pe baza datelor raportate de spitale in perioada ianuarie-decen

M - categorie Medicala, S - categorie chirurgicala, O - Alte categorii

Limita superioară a DS
-
-
-
-
-
-
-
-
-
75
-
-
-
-
41
20
14
33
63
51
48
27
21
34
25
13
48
33
25

19
27
-
52
32
34
28
-
32
32
31
22
29
19
30
24
25
22
24
21
20
38
31
31
5
20
24
41
32
27
18

14
19
19
17
29
14
18
10
21
22
19
20
8
17
13
7
12
12
13
10
13
-
9
-
19
15
18
15
16
15
26
40
42
35
25
18
18
24
21
16
16

12
14
17
14
10
33
26
18
14
14
14
13
14
16
17
15
1
70
50
35
34
22
40
32
34
23
40
34
24
20
18
-
20
20
19
19
18
15

23
16
28
19
16
14
16
15
25
22
17
16
33
31
28
17
15
14
25
20
15
39
-
-
48
38
46
47
41
31
30
63
56

74
55
66
38
21
65
54
20
52
34
26
24
19
18
24
27
30
20
34
31
28
27
23
19
18
30

30
16
88
22
18
23
20
23
26
25
19
17
17
16
17
19
14
26
21
20
17
20
18
18
14
12
25
22
21
55
41
60
40
50
30
24
33
24

17
20
17
-
16
12
26
22
17
12
23
18
48
32
19
-
9
17
13
-
16
-
22
15
-
22
16
24
18
18
17
21
18
15
14
11
17

14
13
12
11
17
15
75
50
44
42
47
28
17
28
38
26
19
13
21
24
20
28
23
17
29
23
20
26
21
22

20
23
20
18
16
61
69
81
49
40
32
49
55
45
65
38
34
49
45
31
25
60
57
43
47
40
35
30

48
-
24
42
18
24
26
26
15
10
28
34
21
26
19
16
16
18
27
22
41
31
28
21
21
18
28
25
20
21
1
20
20
17
19

25
18
18
23
20
47
29
19
13
11
9
18
14
12
30
22
17
31
26
29
22
40
32
25
19
16
34
22
17

20
16
42
81
33
-
29
-
28
-
22
14
14
27
20
18
12
16
1
20
-
39
37
32
14
26
19
54
18
20
17
19
18
20

15
13
12
16
16
13
93
49
52
38
57
39
35
27
26
41
24
23
19
20
20
61
35
23
18
-
11
31
25
22
-

26
17
22
23
17
15
18
15
19
24
15
17
36
24
20
17
13
23
15
9
28
28
16
23
17
19
16
18
14
-
14
35
32

23
36
29
20
23
21
20
13
15
14
8
14
11
29
21
13
13
12
24
20
17
15
13
17
11
8
17
13
12
19
10

13
12
13
1
4
57
185
125
67
98
12
5
5
107
149
140
120
77
74
63
61
48
31
24

19
32
16
11
9
37
24
18
15
23
17
26
22
20
22
61
42
52
46
62
31
32
25
82
50

24
32
19
1
25
18
20
32
-
38
23
17
39
26
25
34
22
33
21
17
15
20
17
19
17
-
1
-
53
39
44
35
34
32
23
23

33
16
37
32
55
37
-
-
-
65
84
53
39
61
4
34
25
41
28
15
22
17
66
73
24
21
15
12
12
7
19
20

28
19
175
92
141
44
5
50
38
24
26
17
10
27
25
-
17
14
28
16
15
-
17

nbrie 2008.

Definirea termenilor utilizati in anul 2009 in sistemul DRG

Grupe de diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG) - o schema de clasificare a pacientilor externati (in functie de diagnostic), care asigura o modalitate de a asocia tipurile de pacienti cu cheltuielile spitalicesti efectuate

Categorii majore de diagnostice (CMD) - o clasificare mai larga a pacientilor doar pe baza diagnosticelor

Valoare relativa (VR) - numar fara unitate care exprima raportul dintre tariful unui DRG si tariful mediu al tuturor DRG-urilor; Coeficient atribuit in functie de cantitatea relativa de munca, consumabile si resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afectiunea/afectiunile respective

Grouper - aplicatie computerizata (software) care permite alocarea automata a unui pacient intr-un anumit DRG (pe baza datelor ce caracterizeaza fiecare caz externat)

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR) - totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externarii (externat, externat la cerere, transfer interspitalicesc, decedat)

Durata de spitalizare (DS) - numarul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, intre momentul internarii si cel al externarii din spital

Cazuri normale (CN) - cazuri externate clasificate in acelasi DRG cu durata de spitalizare asemanatoare din punct de vedere statistic

Cazuri extreme (ca durata de spitalizare) - outliers - cazuri externate clasificate in acelasi DRG cu durate de spitalizare foarte diferite fata de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mici (ca durata de spitalizare) CEMC - low outliers - cazuri externate clasificate in acelasi DRG cu durate de spitalizare foarte mici fata de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mari (ca durata de spitalizare) CEMR - high outliers - cazuri externate clasificate in acelasi DRG cu durate de spitalizare foarte mari fata de cea a cazurilor normale

Interval de normalitate - un interval definit statistic care contine un procent semnificativ de observatii (de exemplu 95% din observatii)

Intervalul de normalitate pentru durata de spitalizare - intervalul definit statistic care contine un procent semnificativ (de exemplu 90%) de cazuri cu durate de spitalizare asemanatoare ale cazurilor externate

Limitele intervalului de normalitate pentru durata de spitalizare - valorile extreme (ale duratei de spitalizare) ce delimiteaza intervalul de normalitate, adica limita inferioara si limita superioara a duratei de spitalizare

Limitele intervalului de normalitate se calculeaza pentru durata de spitalizare a fiecarei grupe de diagnostice, astfel incat se obtine o limita inferioara (LINF) si o limita superioara (LSUP) pentru fiecare grupa de diagnostice (DRGi). Aceste valori ale limitelor sunt prezentate in anexa 17b).

Indice de echivalenta - e - o pondere asociata fiecarui caz rezolvat, in functie de durata de spitalizare a cazului si 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 in DRGi, cu DS de 2 zile:

- LINF pentru DRGi este 3 zile

- LSUP pentru DRGi este 18 zile

Se observa ca acest caz este un caz extrem mic ($DS < LINF$), deci $e = DS/LINF = 2/3$

Cazuri echivalente (CE) - cazurile externate intr-o anumita perioada, ajustate pe baza indicelui de echivalenta

$CE = \text{SUMA} [CR(i) \times e(i)]$

Coefficientul K al cazurilor extreme (K) - un indicator ce reflecta impactul financiar al cazurilor extreme la nivelul unui spital

$K = \text{SUMA} [CE(i) \times VR(i)] / \text{SUMA} [CR(i) \times VR(i)]$

Cazuri ponderate (CP) - pacienti "virtuali" generati prin ajustarea cazurilor externate, in functie de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate si pentru cazurile echivalente

Nr. CP = $\text{SUMA} [VR(DRGi) \times CR(DRGi)]$

Case-mix (Complexitatea cazurilor) - tipurile de pacienti tratati intr-un spital, in functie de diagnostic si gravitate

Indicele de case mix (Indicele de complexitate a cazurilor) - numar (fara unitate) care exprima resursele necesare spitalului in concordanta cu pacientii tratati

ICM pentru spitalul A - Total nr. cazuri ponderate (CP)/Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A

Costul pe caz ponderat (Rata de baza) - CCP(RB) - valoare de referinta, ce reflecta costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, national.

- pentru un spital:

$CCP(S)$ - bugetul aferent cazurilor acute/nr. total cazuri ponderate

- la nivel national:

$CCP(N)$ - bugetele aferente cazurilor acute la nivel national/nr. total cazuri ponderate

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

- pentru anul 2009

$TCP(2009) = TCP(2008)$.

Tariful pe tip de caz (TC) - valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, national

$TC(DRGi) = TCP(2009) \times VR(DRGi)$

Abrevieri:

CMD - Categoriile majore de diagnostice

DRG - Grupe de diagnostice

VR - Valoare relativa

DS - Durata de spitalizare

CR - Cazuri rezolvate (externate)

CN - Cazuri normale

CEMC - Cazuri extreme mici

CEMR - Cazuri extreme mari

LINF - Limita inferioara a intervalului de normalitate

LSUP - Limita superioara a intervalului de normalitate

e - Indicele de echivalenta
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 baza
TCP - Tariful pe caz ponderat
TC - Tariful pe tip de caz

A. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament
.....

URGENȚĂ: DA/NU

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ țintă/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal

3. Greutate Kg

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU | Programare examen RMN
Alte case | Data:
Ora:

5. Internat DA/NU -
Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)...../NU

6. S-au epuizat celelalte metode | *) Se va aplica semnătura și parafa
de diagnostic: | medicului de specialitate radiologie și
imagistică medicală
DA/NU | Precizări:

7. Dg. trimitere | Observații speciale legate de pacient:
..... | 1. Asistat cardiorespirator DA/NU
..... | 2. Cooperare previzibilă Normală/Dificilă

8. Date clinice și paraclinice | 3. Antecedente alergice DA/NU
care să justifice explorarea | 4. Astm bronșic DA/NU
RMN: | 5. Crize epileptice DA/NU
..... | 6. Suspiciune de sarcină DA/NU
..... | 7. Claustrofobie
..... | 8. Clipuri chirurgicale, materiale
..... | metalice de sutură
..... | 9. Valve cardiace, ventriculare
..... | 10. Proteze auditive
..... | 11. Dispozitive intrauterine

9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU | 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

Dacă DA Data Unde | Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică) |
..... |
Medic solicitant Data:
Semnătura și parafa medicului
solicitant

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

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 angiografic anterior:
DA/NU

10. Puls: - arteră femurală dreaptă
- arteră femurală stângă

10. Stări alergice*): DA/NU
- la substanța de contrast
- alte alergii

Trimis de (spital, clinică)
Medic solicitant Data:
Semnătura și parafa medicului
solicitant

Programare examen angiografic

Data:
Ora:

Precizări*):

Observații speciale legate de pacient:

1) Pacient diabetic DA/NU
- în tratament cu sulfamide
hipoglicemiante DA/NU
(dacă DA se oprește tratamentul cu 48
de ore înaintea investigației)
2) Hepatita DA/NU
Diagnostic angiografic stabilit

*) - Pacientul se va prezenta
obligatoriu cu 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
înaintea investigației; medicația
antihipertensivă și antiaritmică NU
se oprește;

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.

Semnătura și parafa medicului care a efectuat investigația

NOTĂ la anexa nr. 18:

Pentru ca examenele de CT, RMN, scintigrafie și angiografie să fie decontate de casele de asigurări de sănătate, fișele de solicitare pentru aceste investigații trebuie să conțină toate datele solicitate conform modelelor.

În caz contrar casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile respective.

DURATA OPTIMĂ DE SPITALIZARE/SECȚII
valabilă pentru toate categoriile de spitale, stabilită de comisiile de specialitate ale
Ministerului Sănătății

Secția sau compartimentul	Durata optimă de spitalizare (zile)
1. Anestezie și terapie intensivă - ATI	5
2. Recuperare, medicină fizică și balneologie	12
3. Boli infecțioase	10
4. Cardiologie	8,70
5. Chirurgie generală	7
6. Chirurgie pediatrică	4
7. Chirurgie cardiovasculară	9
8. Chirurgie vasculară	7
9. Chirurgie toracică	9
10. Chirurgie orală și maxilo-facială	5
11. Chirurgie plastică - microchirurgie reconstructivă*)	7
12. Cronici	14
13. Dermato-venerologie	7
14. Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	6,5
15. Endocrinologie	7
16. Pneumologie - TBC**)	40
17. Pneumologie	12
18. Gastro-enterologie	6
19. Ginecologie	4,5
20. Hematologie	9
21. Medicină generală	7
22. Medicină internă	8
23. Nefrologie	8
24. Neurochirurgie	7
25. Neurologie	9,5
26. Neuropsihiatrie	14
27. Nevroze	14,12
28. Neonatologie	5
29. Obstetrică	5
30. Obstetrică-ginecologie	5
31. Oftalmologie	5
32. Oncologie medicală	7

33. Otorinolaringologie - O.R.L.	6
34. Ortopedie și traumatologie	9,3
35. Pediatrie	7
36. Neonatologie - prematuri	16,5
37. Psihiatrie acuti	17
38. Psihiatrie cronici	50
39. Reumatologie	10
40. Urologie	8,5
41. Geriatrie și gerontologie	14
42. Alergologie și imunologie clinică	8
43. Toxicologie	5
44. Toxicodependență	21
45. Alte specialități medicale	5

*) Pentru secțiile de arși, durata optimă de spitalizare este de 14 zile.

**) Pentru tuberculoza multidrogrezistentă (TB MDR) durata optimă de spitalizare este de 120 de zile.

NOTĂ:

1. La spitalele/secțiile de psihiatrie cronici, pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihic încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau 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, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie <<Dezna>>, județul Arad, durata optimă de spitalizare este de 20 de zile.

3. La spitalele/secțiile aferente poziției nr. 2 din tabel, durata optimă de spitalizare pentru recuperare pediatrică - distrofici și 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. Pentru secția de recuperare, medicină fizică și balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, durata optimă de spitalizare este de 21 de zile.

**I. Contul de executie a bugetului institutiei publice - Cheltuieli
la data de.....**

Denumirea indicatorului	Clasificatia bugetara	Credite bugetare		Angajamente		Plati efec ca
		anuale	trimestriale	bugetare	legale	totale
CHELTUIELI CURENTE (I+II+VI)	01					
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10					
Cheltuieli salariale in bani	10.01					
Salarii de baza	10,01,01					
Salarii de merit	10,01,02					
Indemnizatii de conducere	10,01,03					
Spor de vechime	10,01,04					
Alte sporuri	10,01,06					
Ore suplimentare	10,01,07					
Fond de premii	10,01,08					
Prima de vacanta	10,01,09					
Indemnizatii platite unor persoane din afara unitatii	10,01,12					
Indemnizatii de delegare	10,01,13					
Indemnizatii de detasare	10,01,14					
Alocatii pentru locuinte	10,01,16					
Alte drepturi salariale in bani	10,01,30					
Contributii	10.03					
Contributii de asigurari sociale de stat	10,03,01					
Contributii de asigurari de somaj	10,03,02					
Contributii de asigurari sociale de sanatate	10,03,03					
Contributii de asigurari pentru accidente de munca si boli profesionale	10,03,04					
Contributii pentru concedii si indemnizatii	10,03,06					
Contributii la Fondul de garantare a creantelor salariale	10,03,07					
TITLUL II BUNURI SI SERVICII total,	20					
Bunuri si servicii	20.01					
Furnituri de birou	20,01,01					
Materiale pentru curatenie	20,01,02					
Incalzit, iluminat si forta motrica	20,01,03					
Apa, canal si salubritate	20,01,04					
Carburanti si lubrifianti	20,01,05					
Piese de schimb	20,01,06					
Transport	20,01,07					
Posta, telecomunicatii, radio, TV, internet	20,01,08					
Materiale si prestari servicii pentru intretinere cu caracter functional	20,01,09					
Alte bunuri si servicii pentru intretinere si functionare	20,01,30					
Reparatii curente	20.02					
Medicamente si materiale sanitare	20.04					
Hrana	20.03					
Hrana pentru oameni	20,03,01					
Hrana pentru animale	20,03,02					
Medicamente	20,04,01					
Materiale sanitare	20,04,02					
Reactivi	20,04,03					
Dezinfectanti	20,04,04					
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05					
Alte obiecte de inventar	20,05,30					
Deplasari, detasari, transferari	20.06					
Deplasari interne, detasari, transferari	20,06,01					
Deplasari in strainatate	20,06,02					
Materiale de laborator	20.09					

Carti, publicatii si materiale documentare	20.11					
Consultanta si expertiza	20.12					
Pregatire profesionala	20.13					
Protectia muncii	20.14					
Comisioane si alte costuri aferente imprumuturilor externe	20.24					
Cheltuieli judiciare si extrajudiciare derivate din actiuni in reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozitiilor legale	20.25					
Alte cheltuieli	20.3					
Protocol si reprezentare	20,30,02					
Alte cheltuieli cu bunuri si servicii	20,30,30					
TITLUL VI TRANSFERURI INTRE UNITATI ALE ADMINISTRATIEI PUBLICE total,	51					
din care:						
Actiuni de sanatate	51,01,03					
Programe pentru sanatate	51,01,25					
Transferuri din bugetul de stat catre bugetele locale pentru finantarea unitatilor de asistenta medico-sociale	51,01,38					
Aparatura si echipamente de comunicatii urgente	51,01,08					
Transferuri pentru reparatii capitale la spitale	51,02,11					
Transferuri pentru finantarea investitiilor spitalelor	51,02,12					

II. Date cu caracter general

1. Numar cazuri externate, realizate in luna anterioara pentru spitalizare continua	
2. Numar servicii medicale spitalicesti realizate in regim de spitalizare de zi, pe tipuri de cazuri rezolvate/ servicii, in luna anterioara	
3. Numar servicii medicale paraclinice in regim ambulatoriu, realizate in luna anterioara	
4. Tarif/caz rezolvat pentru spitalele finantate in sistem DRG	
5. Tarif mediu pe caz rezolvat contractat (*)	
6. Tarif pe zi de spitalizare contractat (*)	
7. Tarif pe serviciu medical / tarif pe caz rezolvat in regim de spitalizare de zi contractat (*)	

NOTA(*) Tarifele mentionate la pct. 5, 6, 7 sunt valabile pe durata de derulare a contractului de furnizare servicii medicale spitalicesti

CONTRACT de furnizare de servicii medicale spitalicești

I. Părțile contractante

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

Și

Unitatea sanitară cu paturi....., cu sediul în, str..... nr., telefon, fax, reprezentat prin, având actul de înființare sau de organizare a unității sanitare în concordanța cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz 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 la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada de derulare a contractului) nr., dovada plății contribuției la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate conform prevederilor legale în vigoare nr....., lista de servicii medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și impun internarea; lista materialelor sanitare și a denumirilor comune internaționale – DCI utilizate pe perioada spitalizării, cu menționarea DCI-urilor care pot fi recomandate pacienților internați, a acelor dintre acestea care pot fi prescrise de orice medic din spitalul respectiv și a DCI-urilor care pot fi prescrise cu aprobarea medicului șef de secție sau cu aprobarea consiliului medical, structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

(2) Activitățile suplimentare și alte obligații de plată din partea caselor de asigurări de sănătate sunt prevăzute în actele adiționale la prezentul contract.

III. Servicii medicale spitalicești

Art. 2. - (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă pe baza recomandării de internare din partea medicului de familie, a medicului de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, a medicilor din unitățile de asistență medico-socială, a medicilor din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate precum și a medicilor care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități. Fac excepție urgențele medico-chirurgicale, bolile cu potențial endemo-epidemic care necesită izolare și tratament, internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care beneficiază de internare fără bilet de trimitere.

(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 2009.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare,.

V. Obligațiile părților

Art. 5. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, autorizați și evaluați, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista acestora, precum și valoarea de contract, pentru informarea asiguraților, actualizate dacă este cazul;

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

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

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

f) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, dar numai după îndeplinirea obligației prevăzută la art. 6 lit. ab), contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare, 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;

g) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

h) să deconteze furnizorilor de servicii medicale cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești 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 nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale 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 un exemplar al biletului de trimitere pentru internare precum și 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 titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, pe perioada de valabilitate a cardului, respectiv pentru beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, cât și pentru beneficiari ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, încheiate de România cu alte state, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României 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 3 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 direcțiilor de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

f) să completeze corect și la zi formularele privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare;

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 direcțiilor 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 anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 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;

k) să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele sub forma denumirilor comune internaționale (DCI), astfel cum acestea sunt prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, situație în care, medicul prescrie medicamentele necesare pe denumire comercială, în concordanță cu diagnosticul, în situația în care se eliberează prescripție medicală la externare;

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 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 și sugarii;

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate conform dispozițiilor legale;

r) să raporteze casei de asigurări de sănătate serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

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

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

u) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

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, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului;

x) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz;

y) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

z) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

w) situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgență; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență; în această situație casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

aa) să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ și să nu încaseze coplată/contribuție personală pentru serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale la care nu sunt prevăzute astfel de plăți.

ab) să afișeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

ac) să acorde cu prioritate asistență medicală personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu respectarea tuturor prevederilor privind condițiile acordării serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

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 2008*)	Tarif pe caz ponderat pentru anul 2009**)	Suma
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C3 \times C4$
TOTAL				

*) Indicele de case-mix pentru anul 2008 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

***) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2009 este prezentat în anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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 (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale, care se stabilește astfel:

Secția/ Compartimentul	Nr. cazuri externate	Durată optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată*)	Tarif pe zi de spitalizare/ secție/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C3 \times C4$
TOTAL				

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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 (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din spitalele de cronici și de recuperare, care se stabilește astfel:

Secția/ Compartimentul	Nr. cazuri externate	Tarif mediu pe caz rezolvat	Suma
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL			

d) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabilește astfel:

Numărul de servicii medicale, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat*)	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
C1	C2	$C3 = C1 \times C2$
TOTAL	X	

*) Tariful pe serviciu medical se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor

metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare..

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 prin spitalizare continuă, cu încadrarea în valoarea de contract.

(2) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2009 este de lei.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2009 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 contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, 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.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(5) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs.

(6) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 60 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008 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 50% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(7) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată.

Odată cu prima constatare casele de asigurări de sănătate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie 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 privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea nr. 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. Clauze speciale

ART. 12(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea și suspendarea contractului

ART. 14 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) una sau mai multe 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. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) 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. 16 Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 15 lit. b) și c) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

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

XI. Corespondența

ART. 17 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. 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 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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 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. 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 sau, după caz, a instanțelor de judecată.

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

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

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Manager,
.....

Director executiv al
Direcției management și economice,
.....

Director medical,
.....

Director executiv al
Direcției relații cu furnizorii,
.....

Director financiar-contabil,
.....

Director de îngrijiri,
.....

Director de
cercetare-dezvoltare,
.....

Vizat
Juridic , contencios și aplicare acorduri internaționale
.....

I. Act adițional

Pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, suma stabilită conform prevederilor anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Actul adițional se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

**PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
în asistența medicală de urgență și transport sanitar**

CAPITOLUL I**Pachet de servicii medicale de bază în asistența medicală de urgență și transport sanitar****A. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale majore 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. Îneț;
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 membrelor 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 cu unitățile medicale specializate publice și cu unitățile specializate private, 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 nou-născutului până la 3 luni și al persoanelor nedepasabile: asigurații de orice vârstă cu insuficiență motorie a trenului inferior din orice cauză, insuficiență cardiacă clasa IV - NIHA, bolnavi în fază terminală numai la recomandarea medicului de familie sau a medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate;
 10. Transportul la spital al nou-născutului și al lehuzei care a născut la domiciliu;
 11. Transportul pacienților internați, transferați la un alt spital;
 12. Transport pentru transferul interclinic al pacientului critic neinternat care a beneficiat de servicii medicale în UPU/CPU al unui spital la alt spital.

II. Transport sanitar:

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 și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu;

III. Transport sanitar neasistat al pacienților:

15. Transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au domiciliul persoanele dializate și unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate din județul de domiciliu;

16. La externare, bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavi cu deficit motor neurologic major, bolnavi cu amputatii recente ale membrelor inferioare, bolnavi cu stări casectice, bolnavi cu deficit motor sever al membrelor inferioare și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ, cu avizul casei de asigurări de sănătate cu care furnizorul de servicii de transport sanitar a încheiat contract; transportul poate fi realizat fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care unitatea sanitară din care se externează pacientul are încheiat contract de furnizare de servicii medicale, fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorială se află domiciliul pacientului externat, cu respectarea prevederilor anterioare.

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 private 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, precum și cele de evaluare.

CAPITOLUL II

Pachet minimal de servicii medicale în asistența medicală de urgență și transport sanitar pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A, B și C.

CAPITOLUL III

Pachet de servicii medicale în asistența medicală de urgență și transport sanitar pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

Persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A, B și C.

MODALITATEA DE PLATĂ a serviciilor medicale de urgență și transport sanitar

Art. 1. - Serviciile medicale de urgență și transport sanitar prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate cuprinse în anexa nr. 21 la ordin se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale. La contractare se vor avea în vedere următorii indicatori cantitativi:

- numărul de kilometri echivalenți pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural sau numărul de mile marine;
- numărul de solicitări.

Art. 2. - (1) Suma contractată de către casele de asigurări de sănătate cu unitățile medicale specializate publice autorizate și evaluate reprezintă bugetul global și se stabilește astfel:

a) pentru serviciile de transport cu autovehicule, suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. Acest tarif se stabilește în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 7 (1), astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, în vederea acoperirii cheltuielilor aferente timpului de așteptare.

Pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină;

b) pentru serviciile medicale de urgență - solicitări, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat, înmulțit cu coeficientul corespunzător timpilor de așteptare contractat. Coeficientul corespunzător timpilor de așteptare contractat - C1 - este egal cu „1” și corespunde timpului mediu de așteptare dintre două solicitări.

1. Pentru urgențele medico/chirurgicale efectuate cu autovehicule, tariful pe solicitare pentru serviciile efectuate, pe fiecare tip de autovehicul prevăzut la art. 6 se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente medicamentelor și materialelor sanitare necesare intervențiilor de urgență, precum și a celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport).

Tariful pe solicitare negociat va avea în vedere și frecvența solicitărilor, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare. Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate pentru această destinație;

2. Tariful pe solicitare pentru serviciile efectuate cu mijloace de intervenție/transport pe apă se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente medicamentelor și materialelor sanitare necesare intervențiilor de urgență, precum și a celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport). La negocierea tarifului pe solicitare, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere și frecvența solicitărilor.

Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate pentru această destinație.

c) pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport suma contractată se stabilește astfel:

1. pentru consultațiile de urgență la domiciliu - solicitări, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente medicamentelor și materialelor sanitare necesare intervențiilor de urgență, precum și a celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport) și a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanență. Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate pentru această destinație;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. Acest tarif se stabilește în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 7(1), astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare.

3. Pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină.

(2) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport se stabilește astfel:

1. pentru consultațiile de urgență la domiciliu - solicitări, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport) și a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanență. Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate pentru această destinație;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. Acest tarif se stabilește în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 7(1), astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare.

3. pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină.

Art. 3. - Medicul din cadrul unităților medicale specializate care acordă servicii medicale de urgență și transport medical eliberează certificate de concediu medical și prescripții medicale pentru medicamente 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 saptamâna, 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 private cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre și pe luni.

Art. 5. - (1) Decontarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face lunar. Trimestrial se face regularizare pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

(2) Decontarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar efectuate de unitățile medicale specializate publice:

a) pentru serviciile de transport cu autovehicule decontarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face lunar, în raport cu numărul de kilometri echivalenți parcurși pentru mediul urban și cu numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural și tarifele pe kilometru negociate, în limita sumelor contractate.

În situația în care numărul total de kilometri echivalenți parcurși pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural este mai mic decât cel contractat ca urmare a înregistrării unor timpi de așteptare mai mari decât cei avuți în vedere la contractare, suma de decontat se stabilește astfel:

Numărul de kilometri efectuați x tariful negociat + (Numărul de kilometri contractați - Numărul de kilometri efectuați) x tariful negociat x coeficientul de ajustare corespunzător timpilor de așteptare.

Coeficienții de ajustare corespunzători timpilor de așteptare sunt prevăzuți la art. 7 (2).

În situația în care numărul total de kilometri echivalenți parcurși pentru mediul urban și de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural este mai mare sau egal cu cel contractat, decontarea lunară se face în limita sumelor contractate.

b) Pentru serviciile de transport pe apă decontarea lunară se face în funcție de numărul de mile marine efectiv parcurse și tarifele negociate, în limita sumelor contractate.

În situația în care numărul de mile marine efectiv parcurse este mai mic decât cel contractat ca urmare a înregistrării unor timpi de așteptare mai mari decât cei avuți în vedere la contractare, suma de decontat se stabilește astfel:

Numărul de mile marine efectiv parcurse x tariful negociat + (Numărul de mile marine contractat - Numărul de mile marine efectiv parcurse) x tariful negociat x coeficientul de ajustare corespunzător timpilor de așteptare.

Coeficientul de ajustare corespunzător timpilor de așteptare reprezintă ponderea tuturor cheltuielilor avute în vedere la stabilirea tarifului pe milă marină mai puțin cheltuielile cu combustibilul din totalul cheltuielilor avute în vedere la stabilirea tarifului pe milă marină.

În situația în care numărul de mile marine efectiv parcurse este mai mare sau egal cu numărul de mile marine contractat, decontarea lunară se face în limita sumelor contractate.

c) În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural (indiferent de tipul autovehiculului folosit), respectiv numărul total al milelor marine parcurse, de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat., casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% față de cel contractat) numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

d) Pentru serviciile medicale de urgență – solicitări decontarea lunară se face în funcție de numărul de solicitări realizat înmulțit cu tariful pe solicitare negociat și cu coeficientul C2, în limita sumelor contractate.

C2 reprezintă coeficientul corespunzător timpilor de așteptare realizați obținut ca raport între timpii de așteptare realizați și timpii de așteptare contractați.

Numărul de solicitări realizat, rezultat din calcul, nu poate fi mai mare decât numărul de solicitări, care se obține astfel: Numărul de solicitări contractat / C2.

În situația în care numărul de solicitări realizat este mai mare sau egal cu numărul de solicitări contractat, decontarea lunară se face în limita sumelor contractate.

e) În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată (dar nu mai mult de 21% față de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(3) Decontarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar efectuate de unitățile medicale specializate publice și de unitățile specializate autorizate și evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri echivalenți parcurși pentru mediul urban și cu numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, și tarifele negociate, precum și cu numărul de solicitări realizate și tarifele negociate pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situația în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% față de cel contractat) numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată (dar nu mai mult de 21% față de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate și la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate autorizate și evaluate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera C, pct. II, poziția 14 din Anexa nr. 21, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

(4) Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale de urgență și transport sanitar realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate. 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.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând serviciile medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Art. 6. - Mijloacele specifice de intervenție destinate asistenței medicale de urgență și de transport sanitar:

a) ambulanță tip C1,C2,B1- ambulanță destinată intervenției medicale de urgență la cel mai înalt nivel și transportului medical asistat al pacientului critic;

b) ambulanță tip B2 - ambulanță destinată intervenției de urgență și transportului medical asistat al pacienților;

c) ambulanțe tip A1, A2 - ambulanțe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienți (A2);

d) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

e) autoturisme de transport și intervenție în scop medical, pentru medicii care acordă consultații de urgență la domiciliu;

f) mijloace de intervenție/transport pe apă - ambarcațiuni pentru intervenții primare sau secundare/transporturi sanitare;

Art. 7. - (1) Tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate/km echivalent, respectiv km efectiv realizat pentru:

a) ambulanță tip C1,C2,B1	1,85 lei
b) ambulanță tip B2	1,80 lei
c) ambulanță tip A1 și A2	1,80 lei
d) autoturisme de transport pentru consultații de urgență la domiciliu	1,18 lei
e) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat	0,92 lei

Tarifele de la lit. a) - e) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

Numărul de km echivalenți se stabilește conform reglementărilor legale în vigoare.

(2) Coeficienții de ajustare corespunzători timpilor de așteptare:

a) ambulanță tip C1,C2,B1	0,82
b) ambulanță tip B2	0,81

Art. 8. - Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din cadrul unităților medicale specializate publice și unităților specializate private pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală de urgență și transport sanitar, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităților medicale specializate publice și unităților specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar

I. Părțile contractante

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

și

- Unitatea medicală specializată publică, reprezentată prin:,

- Unitatea medicală specializată privată reprezentată prin:, cu sediul în, str. nr., telefon, fax, având act de înființare/organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară după caz nr., autorizația sanitară de funcționare nr. /raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, dovada de evaluare nr., 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 la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, dovada plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate conform prevederilor legale în vigoare.

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale de urgență și transport sanitar din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale de urgență și transport sanitar furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistența medicală de urgență și transport sanitar prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate prevăzute în anexa nr. 21 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2009.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu unități medicale specializate, autorizate și evaluate și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract;

b) 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, raportate și validate conform normelor pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de urgență și transport sanitar, cu privire la condițiile de contractare și negocierii clauzelor contractuale;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale de urgență și transport sanitar cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

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

f) să deconteze unităților medicale specializate în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale de urgență și a serviciilor de transport sanitar acordate asiguraților în luna precedentă, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, 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;

g) să deconteze unităților medicale specializate serviciile medicale de urgență și transport sanitar acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale de urgență și transport sanitar are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de urgență și transport sanitar furnizate, în conformitate cu prevederile 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 cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale de urgență și transport sanitar și ale 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 de asigurări sociale de sănătate pe perioada de valabilitate a cardului/beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 și pentru beneficiari ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. 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 datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale de urgență și transport sanitar pentru îndeplinirea acestei obligații;

f) să completeze corect și la zi toate formularele privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare.

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 anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 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;

i) să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele sub forma denumirilor comune internaționale (DCI), astfel cum acestea sunt prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, cu excepția cazurilor justificate medical, situație în care, medicul prescrie medicamentele necesare pe denumire comercială, în concordanță cu diagnosticul, numai ca o consecință a actului medical propriu;

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 asistență medicală femeii gravide și sugariilor;

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 justificative care atestă calitatea de asigurat, după caz;

o) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, 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 cu privire la 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

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 casei de asigurări de sănătate, serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale de urgență și transport sanitar pentru îndeplinirea acestei obligații;

x) să acorde asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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.

z) să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ.

VI. Modalități de plată

ART. 7 Plata serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face pe baza următorilor indicatori:

- a) număr de km echivalenți parcurși (dus-întors) pentru mediul urban;
- b) număr de km efectiv realizați pentru mediul rural;
- c) număr de mile marine parcurse;
- d) tarif negociat pe km parcurs/milă marină;
- e) număr de solicitări;
- f) tarif pe solicitare negociat.
- g) coeficienți de ajustare corespunzători timpilor de așteptare, după caz

Suma contractată pentru serviciile de transport:

Tipul autovehiculului	Număr de km echivalenți parcurși pentru mediul urban	Număr de km efectiv realizați pentru mediul rural	Tarif/km negociat*)	Suma contractată
C1	C2	C3	C4	$C5 = C2 \times C4 + C3 \times C4$
TOTAL:			X	

*) Tariful/km negociat pe fiecare tip de autovehicul nu poate fi mai mare decât tariful/km echivalent pentru mediul urban, respectiv efectiv realizat pentru mediul rural, prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Tipul ambarcațiunii	Număr de mile marine parcurse	Tarif/milă marină negociat	Suma contractată
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL:		X	

Tipuri mijloace specifice de intervenție	Nr. solicitări pe tip de mijloc specific de intervenție	Tarif/solicitare negociat	Suma contractată
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL:		X	

Autoturism de transport/ mijloace de intervenție transport pe apă pentru consult. de urgență la domiciliu	Nr. solicitări - consult. de urgență la domiciliu	Tarif/solicitare negociat	Suma contractată
C1	C2	C3	$C4 = C2 \times C3$
TOTAL:		X	

Decontarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face conform art. 5 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 8 (1) Suma contractată aferentă serviciilor medicale de urgență și transport sanitar pentru anul 2009 este de lei.

(2) Suma contractată aferentă serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se defalchează pe trimestre și pe luni.

ART. 9 (1) Lunar, la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de urgență și a serviciilor de transport sanitar realizate conform indicatorilor specifici în limita sumelor contractate.

(2) Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările și decontările, ținându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați.

(4) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților medicale specializate prevăzute în prezentul contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage după sine diminuarea valorii prezentului contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată.

ART. 10 Plata serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr., deschis la Banca, la data de

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile medicale de urgență și transport sanitar furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de urgență și transport sanitar cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauze speciale

ART. 14(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București prin care să se

certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

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

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

ART. 15 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea și suspendarea contractului

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul de servicii medicale de urgență și transport sanitar 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. 17 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/acestuia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia/acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate și cu avizul casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 17 și la art. 16 lit. b) și c) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înainte de la care se dorește modificarea.

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

ART. 21 (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

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

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

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

XIII. Soluționarea litigiilor

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

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Președinte - director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției management și economică,
.....

Director executiv al Direcției relații cu
furnizorii,
.....

Vizat

Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale

PACHET
de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu

Nr. crt.	Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu	Tarif - lei -
1	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură + respirație	1,19
2	Măsurarea parametrilor fiziologici: puls + TA	1,19
3	Măsurarea parametrilor fiziologici: diureză + scaun	0,87
4	Administrarea medicamentelor intramuscular*)/subcutanat*)/intradermic*)/oral**)/pe mucoase**)	2,48
5	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*)	3,93
6	Sonda vezical la femei și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală	3,25
7	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă sub supravegherea medicului*)	8,97
8	Recoltarea produselor biologice	3,25
9	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică și educarea asiguratului/apartinătorilor	4,86
10	Alimentarea pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție	5,73
11	Clismă cu scop evacuator	2,92
12	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor	2,92
13	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor	6,49
14	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: schimbarea poziției, tapotaj, fizioterapie respiratorie	5,73
15	Îngrijirea plăgilor simple/suprimarea firelor	5,73
16	Îngrijirea plăgilor suprainfectate	8,11
17	Îngrijirea escarelor multiple	8,11
18	Îngrijirea stomelor	4,86
19	Îngrijirea fistulelor	5,73
20	Îngrijirea tubului de dren	4,86
21	Îngrijirea canulei traheale și instruirea asiguratului	4,86
22	Monitorizarea dializei peritoneale	4,86
23	Aplicarea**) de ploscă, bazinet, condom urinar	3,25
24	Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbția urinei***)	5,18

*) 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 din spitale la externarea asiguraților, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa nr. 27 la ordin, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și gradul de dependență al acestuia. Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate 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 acutizate, 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 cererea de acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se depun de către asigurat, de către unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), de o persoană împuternicită de acesta sau de reprezentantul legal al acestuia la casa de asigurări de sănătate la care se află în evidență asiguratul. Al treilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi predat furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu care îi va acorda serviciile respective, dacă cererea a fost aprobată, împreună cu decizia de acordare de îngrijiri medicale la domiciliu.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile calendaristice de la data emiterii acesteia.

(4) Pentru obținerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu, asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul, însoțită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, recomandarea pentru îngrijiri medicale și declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că afecțiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează recomandarea medicală cu specificarea domiciliului copilului și certificatul de naștere (în copie) cu codul numeric personal - CNP. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(5) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea și recomandarea primite, într-un interval de 2 zile lucrătoare de la data depunerii, iar cererea este aprobată în limita sumei prevăzute pentru

această destinație. La analiza cererilor și recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare gradul de dependență al asiguratului și numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu de care a beneficiat asiguratul în anul respectiv, astfel încât să nu depășească numărul de zile prevăzut la art. 2 alin. (2).

Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal. În cazul acceptării, cererea este supusă aprobării și, respectiv, emiterii deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu, în limita sumei prevăzute cu această destinație. Decizia se expediază prin poștă sau se predă direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), persoanei împuternicite de acesta sau reprezentantului legal al asiguratului, în maximum 24 de ore de la data emiterii acesteia.

(6) Asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal, pe baza deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu emise 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, înscrisă pe versoul deciziei.

Art. 2. - (1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și tarifele aferente sunt prezentate în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/ în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (seturi de îngrijire). Fiecare set nou de îngrijire se recomandă utilizând o nouă foaie de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/ în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

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 familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), a persoanei împuternicite de acesta sau a reprezentantului legal al acestuia, care confirmă efectuarea acestor servicii, semnătura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum și evoluția stării de sănătate.

Art. 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, raportat și validat conform normelor, 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 deciziei.

Art. 6. - Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest 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 direcția 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 sau cod numeric personal (copie BI/CI, după caz), dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată durata derulării contractului, dovada plății contribuției la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare 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 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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 2009.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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 în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista acestora, pentru informarea asiguraților;

b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, la termenele prevăzute în prezentul contract, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu realizate, raportate și validate conform normelor, pe baza facturii însoțite de copiile fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu și de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

d) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu asupra condițiilor de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

e) 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 maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

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 nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, precum și obligațiile asiguratului, referitoare 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, separat pentru asigurații și cetățenii din statele membre ale Uniunii Europene/ din spațiul economic european, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, pe perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, precum și din alte state cu care România a

încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. 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 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 datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale de îngrijiri la domiciliu pentru îndeplinirea acestei obligații;

g) să acorde 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;

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 anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 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;

j) să acorde servicii de îngrijiri medicale la domiciliu asiguraților fără discriminare;

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 asistență medicală necesară cetățenilor din statele membre ale Uniunii Europene/ din spațiul economic european, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, pe perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, 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, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

r) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

s) să raporteze casei de asigurări de sănătate serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale; Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale de îngrijiri la domiciliu pentru îndeplinirea acestei obligații;

t) să acorde serviciile de îngrijiri medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază;

u) să acorde cu prioritate asistență medicală personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu respectarea tuturor prevederilor privind condițiile acordării îngrijirilor medicale la domiciliu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

VI. Modalități de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este tarif pe serviciu de îngrijiri medicale la domiciliu.

(2) Tariful pe serviciu de îngrijiri medicale 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare, 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 ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul

VII. Calitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

ART. 10 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu 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 nr. 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 să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu 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 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;

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

d) revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de copiile fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu și a desfășurătoarelor privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu 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;

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

h) la a patra constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 7 lit. e), f), i), j), k) și s);

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

ART. 15 În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. b), nerespectarea termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 7 lit. e), f), i), j), k) și s), cât și în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. g), suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

1. la prima constatare, cu 10%;

2. la a doua constatare cu 20%;

3. la a treia constatare cu 30%.

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea din prima plată ce urmează a fi efectuată.

ART. 16 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 anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal.

ART. 17 Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu 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/acestuia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia/acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate și cu avizul casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 16 lit. b) - c) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare 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. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile calendaristice înaintea datei la care se dorește modificarea.

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

ART. 21 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

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

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
.....

FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE
LA DOMICILIU

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției management și economică,
.....

Director executiv al Direcției relații
cu furnizorii,
.....

Vizat

Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale

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. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la
domiciliu*):

.....

8. Codul medicului

Ștampila secției din care se
externează asiguratul și
semnătura șefului de secție

Ștampila furnizorului de servicii
medicale din ambulatoriul de
specialitate

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 90 de zile / în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape
(seturi de îngrijire).

CONDIȚIILE**acordării asistenței medicale de recuperare-reabilitare a sănătății și modalitatea de plată a acesteia**

Art. 1. - (1)) Suma negociată și contractată de sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, de furnizori constituiți conform Legii 31/1990 republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare și de preventoriile cu sau fără personalitate juridică cu casele de asigurări de sănătate se stabilește pe baza următorilor indicatori specifici:

a) număr de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, și preventoriilor;

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; pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă se va lua în calcul durată optimă dacă durată efectiv realizată este mai mare decât aceasta, respectiv durată efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durată optimă.

f) tariful pe zi de spitalizare;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2008.

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare încheiat de casele de asigurări de sănătate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, și preventoriile, precum și suma contractată cu spitalele în baza contractului de furnizare servicii medicale spitalicești pentru secțiile sanatoriale se stabilește prin negociere astfel:

Număr de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare

a) numărul de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare sanatoriu/preventoriu în funcție de particularitățile aferente fiecăruia.

Pentru sanatoriile balneare, suma contractată și decontată de casele de asigurări de sănătate este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților.

Contribuția personală a asiguraților reprezintă 30 - 35% din tariful/zi de spitalizare, în funcție de tipul de asistență balneară și de durata tratamentului:

Tipul de asistență balneară	Durata*)	Contribuția asiguratului
1. Asistență balneară terapeutică (cu trimitere medicală)	18 - 21 de zile	35% din tariful/zi de spitalizare
2. Asistență balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)	21 - 30 de zile	30% din tariful/zi de spitalizare

*) Duratele de spitalizare mai mari de 21, respectiv 30 de zile, se suportă în întregime de către asigurați. Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale și pentru durate mai mici

de 18, respectiv 21 de zile, conform aceluiași procent. Contribuția asiguratului se încasează de către sanatorii, care eliberează bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factură, pentru această contribuție, și reprezintă venit propriu al unității sanitare.

Pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în alte sanatorii decât cele balneare și în preventorii nu se percepe contribuție din partea asiguraților.

Art. 2. - (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare efectuate în sanatorii/secțiile sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face de către casele de asigurări de sănătate în raport cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și cu tariful pe zi de spitalizare, cu încadrarea în valoarea contractului, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

(2) Decontarea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare efectuate în sanatorii/ secții sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face din fondul cu destinația servicii medicale de recuperare-reabilitare în unități sanitare cu paturi.

Art. 3. - Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiționat și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilită prin acte normative. Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, și cele corespunzătoare confortului standard.

Art. 4. - Sanatoriile și preventoriile din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav, în condițiile prevederilor legale în vigoare.

Art. 5. - (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către sanatorii și preventorii pe trimestre și luni, cu acordul direcțiilor de sănătate publică sau al ministerului, în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

Lunar, casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate. 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.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(2) Activitatea realizată se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

Decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate

- tariful pe zi de spitalizare, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

2. Trimestrial, se fac regularizări și decontări, în limita sumei contractate, în funcție de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv,

- tariful pe zi de spitalizare, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mic decât numărul de zile contractate, decontarea se face la numărul realizat.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mare decât numărul de zile contractate decontarea se va face la nivelul contractat.

Art. 6. - 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. 7. - Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare-reabilitare pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare-reabilitare, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare-reabilitare a sănătății (pentru sanatorii și preventorii)

I. Părțile contractante

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

și

Sanatoriul/Preventoriul/Secția sanatorială sau compartiment sanatorial din spital/furnizorii constituiți conform Legii 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății Publice ca sanatorii balneare sau au în structura avizată de Ministerul Sănătății Publice secții sanatoriale balneare..... având sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon fax reprezentat prin, cu actul de înființare sau de organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz, nr., autorizație sanitară de funcționare nr. /raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, dovada de evaluare nr. /....., cod unic de înregistrare nr. cont nr. deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat (valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada de derulare a contractului), dovada plății contribuției la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

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** pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în sanatorii și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

Art. 2. - Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în sanatorii și preventorii se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare-reabilitare de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare.

IV. Durata contractului

Art. 3. - Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2009.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților

Art. 5. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista acestora pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract, actualizate dacă este cazul;

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

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare cu privire la condițiile de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de acordare a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

e) 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 maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze 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;

g) 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.

Art. 6 . - Furnizorul are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare 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 cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare 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 titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, pe perioada de valabilitate a acestuia, respectiv pentru beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971, cât și pentru beneficiari ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României, de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

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 datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de recuperare-reabilitare, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare pentru îndeplinirea acestei obligații;

f) să completeze corect și la zi formularele privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare;

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 direcției de sănătate publică;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau a mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 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;

k) să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele sub forma denumirilor comune internaționale (DCI), astfel cum acestea sunt prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, situație în care, medicul prescrie medicamentele necesare pe denumire comercială, în concordanță cu diagnosticul;

l) să acorde servicii medicale de recuperare-reabilitare asiguraților fără discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență 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 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

o) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, conform prevederilor legale în vigoare;

p) să acorde servicii medicale asiguraților numai pe bază de bilet de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare;

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 respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate conform dispozițiilor legale;

s) să raporteze casei de asigurări de sănătate serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

t) să acorde asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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 acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;

x) să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază,

y) să acorde cu prioritate asistență medicală personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu respectarea tuturor prevederilor privind condițiile acordării serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

VI. Modalități de plată

Art. 7. - (1) Suma pentru sanatorii balneare prevăzută în prezentul contract se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza și de tariful/zi de spitalizare negociat diferențiat pe tipuri de sanatorii.

Valoarea contractată în sumă de lei este suma negociată diminuată cu contribuția personală a asiguraților, conform tabelului de mai jos:

Tipul de asistență balneară	Nr. de zile de spitalizare contractate	Tariful pe zi de spitalizare negociat	Suma negociată	Suma suportată de asigurat	Valoarea contractată
1	2	3	$4 = 2 \times 3$	$5 = 2 \times 3 \times \%$	$6 = 4 - 5$
Asistență balneară terapeutică (cu trimitere medicală)					
Asistență balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)					
TOTAL:		x			

(2) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii, altele decât cele balneare, secțiile sanatoriale din spitale și preventorii este de și se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat și tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu negociat.

(3) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare, prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, atrage după sine diminuarea valorii de contract după cum urmează:

a) la prima constatare cu 1% din valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare cu 3% din valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară;

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată.

Odată cu prima constatare casele de asigurări de sănătate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate anunță Ministerul Sănătății 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.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate.

Art. 9. -Plata serviciilor medicale de recuperare-reabilitare se face în contul nr. deschis la Trezoreria statului sau în contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare

Art. 10. - Serviciile medicale de recuperare-reabilitare furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale

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

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

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

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

Art. 14. - Efectuarea de servicii medicale de recuperare-reabilitare peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nici o obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea și suspendarea contractului

Art. 15. - 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) revocarea 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. 16. - Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

a) furnizorul de servicii medicale de recuperare-reabilitare 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. 17. - Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 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. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

Art. 18. - Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

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

XII. Modificarea contractului

Art. 19. - Prezentul contract se poate modifica, prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare, cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

Art. 20. - (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală de recuperare-reabilitare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

Art. 21. - Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului contractului.

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

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

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

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

Director executiv al Direcției
management și economice,
.....

Director executiv al Direcției
relații cu furnizorii,
.....

Vizat
Juridic , contencios și aplicare acorduri internaționale

MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ȘI DECONTARE
a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a
unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al
bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ

Art. 1. - (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală, precum și unele materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Prescripția medicală este document cu regim special și se întocmește în 3 exemplare, dintre care două exemplare (originalul și o copie) se depun de asigurat la farmacie și al treilea exemplar rămâne în carnet la medicul care a eliberat prescripția. Toate datele vor fi înscrise lizibil, fără modificări, ștersături sau adăugiri. În cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată de către persoana care a completat inițial datele, pe toate formularele.

(2) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință 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 dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studentești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt 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.

Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări

de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, și cu medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul convenției este cel prevăzut în anexa nr. 36 la ordin.

Prin medici/medici dentiști din cabinetele școlare și studentești se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior și din cabinetele integrate în structura spitalelor teritoriale, finanțate de la bugetul de stat.

(3) Medicii din cadrul unităților medicale specializate 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 titlului VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

b) pentru bolile care beneficiază de gratuitate conform prevederilor legale în vigoare;

c) pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

(5) Pentru a beneficia de medicamente conform art. 99 alin. (2[^]1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare, pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum și o declarație pe propria răspundere din care să rezulte faptul că realizează venituri numai din pensii de până la 600 lei pe lună, iar acesta va consemna în fișa medicală a pensionarului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și va anexa la fișa medicală declarația dată pe propria răspundere de către pensionar.

Art. 2. - (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de 3 - 5 zile în afecțiuni acute, de 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, cu excepția bolnavilor, cuprinși în unele programe naționale de sănătate pentru care perioada de prescriere a medicamentelor poate fi de până la 90 de zile în conformitate cu prevederile hotărârii de guvern pentru aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anul 2009 și a normelor tehnice de realizare a acestora.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt incluși în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 600 lei pe lună", medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecință a actului medical prestat de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale și menționată pe prescripție sub rubrica aferentă CNP-ului. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală .

(3) Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului cuprinde medicația pentru maximum 30 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1).

(4) Prescripția medicală pentru cazurile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecțiunile acute și subacute prescripția medicală este valabilă maximum 48 de ore.

Art. 3. - Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare, iar pentru bolnavii incluși în subprogramele din cadrul programului național cu scop curativ finanțate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, numărul medicamentelor prescrise este în concordanță cu schema terapeutică. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre și litere.

Art. 4. - (1) Prescripția medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informațiile solicitate în formularul de prescripție medicală cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală cu regim special, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 98 lit. c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 5. - În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, în limita competențelor legale pe care le au și în concordanță cu diagnosticul menționat pe formularul de prescripție medicală emis.

Excepție fac medicii de familie care pot prescrie medicamente atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca o consecință a actului medical prestat de alți medici în următoarele situații:

- a) cand pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală;
- b) la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală;
- c) in cadrul "Programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 600 lei pe lună", pe baza scrisorii medicale transmisă de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Prescrierea medicamentelor antidiabetice orale de către medicii de familie și medicii desemnați se face numai dacă în scrisoarea medicală este prevăzut numărul de înregistrare al asiguratului, cu care acesta este luat în evidență la nivelul unității județene de diabet zaharat, în conformitate cu tratamentul prescris de medicul specialist și evidențiat în scrisoarea medicală.

Medicii din spitale au dreptul de a prescrie asiguraților, la externare, medicamente în limita specialității și a consultațiilor interdisciplinare evidențiate în foaia de observație.

Art. 6. - Prescripțiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și unele materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu

scop curativ constituie documente financiar-contabile, conform cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

Art. 7. - (1) Eliberarea medicamentelor și a materialelor sanitare se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care farmacia respectivă are contract cu casa de asigurări de sănătate cu care se află în contract medicul prescriptor. Primitorul semnează de primirea medicamentelor și a materialelor sanitare pe prescripția medicală, pe care se menționează numele, prenumele, adresa completă, seria și numărul actului de identitate al acestuia, codul numeric personal - CNP, data eliberării.

(2) În situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente și/sau materiale sanitare cuprinse în prescripția medicală, acestea se anulează în fața primitorului pe toate exemplarele prescripției medicale, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare din farmacie în cadrul sumei respective.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentul care dă prețul de referință în cadrul denumirii comune internaționale prescrise de medic și numai cu acordul asiguratului eliberează orice alte medicamente din cadrul aceleiași DCI, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială.

(3) Înscrierea prețurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist numai pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate, pe toate exemplarele prescripției medicale.

(4) Farmacistul notează prețurile de vânzare cu amănuntul, sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament și sumele ce reprezintă contribuția personală a asiguratului, pe care le totalizează, precum și prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru materialele sanitare.

(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A și B asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință/prețul de decontare al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate, cu excepția medicamentelor și materialelor sanitare acordate în cadrul programelor naționale de sănătate pentru care sunt stabilite prețuri de decontare.

Art. 8. - Prescripțiile cu destinație pediatrică se decontează numai pentru medicamentele de folosință pediatrică, conform indicațiilor producătorului de medicamente, cu excepția cazurilor justificate în care vârsta și greutatea pacientului impun utilizarea unei alte forme farmaceutice adecvate sau a unui alt medicament adecvat, după caz.

Art. 9. - Casele de asigurări de sănătate decontează numai medicamentele cu denumirile comerciale prevăzute în Lista cu medicamente (denumiri comerciale), elaborată pe baza Listei cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

Art. 10. - (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele și materialele sanitare din cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ, care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai CNAS, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 99 alin. (2¹) din contractul-cadru, pentru care se completează prescripții distincte. Farmaciile întocmesc câte un borderou centralizator distinct pentru medicamentele antidiabetice orale, pentru medicamentele antidiabetice de tipul insulinelor și

testele de automonitorizare pentru bolnavii diabetici și pentru medicamentele antidiabetice orale și de tipul insulinelor și testele de automonitorizare pentru tratamentul mixt al bolnavilor diabetici.

Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul de parafă al medicului, precum și codul numeric personal al asiguratului, respectiv al titularului de card european de asigurări sociale de sănătate. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor și a materialelor sanitare din cadrul programelor naționale de sănătate care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai CNAS, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 99 alin. (2¹) din contractul-cadru, pentru care se completează prescripții distincte.

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor din prescripțiile eliberate de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

(2) Borderourile se întocmesc în 2 exemplare, specificându-se suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi cu sumele totale ce urmează să fie decontate de către casele de asigurări de sănătate, evidențiate distinct pentru medicamente și pentru materiale sanitare.

Art. 11. - (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se repartizează în mod egal la farmacia, stabilindu-se în acest sens o valoare orientativă a ~~actelor adiționale~~ contractelor, defalcată pe trimestre și luni.

(2) Eliberarea medicamentelor și a materialelor sanitare din cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ prevăzute în Hotărârea de Guvern pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009 care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, se face prin farmaciile care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și care încheie în acest sens acte adiționale distincte la contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se repartizează în mod egal la farmacia, stabilindu-se în acest sens o valoare orientativă a actelor adiționale, defalcată pe trimestre și luni.

Actele adiționale se adaptează după modelul de contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(3) Valorile de contract și valorile actelor adiționale la contract sunt orientative, și se modifică lunar corespunzător, funcție de consumul de medicamente eliberate în limita fondurilor alocate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație.

Art. 12. - 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.

Art. 13. - În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ,

farmaciile înaintează caselor de asigurări de sănătate, în primele 15 zile calendaristice ale lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele și/sau materialele sanitare, următoarele acte în original: factura, borderourile centralizatoare, prescripțiile medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emitere a acestuia.

Art. 14. - Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților efectuate.

Art. 15. - (1) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din Catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății 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. 94 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, cu modificările și completările ulterioare;

b) trimestrial ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea listei de medicamente - denumiri comerciale și a prețurilor maxime;

c) în situația în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piață și care a obținut aprobarea Ministerului Sănătății pentru un preț de vânzare cu amănuntul mai mic decât prețul de vânzare cu amănuntul al medicamentului care dă prețul de referință în cadrul aceluiași DCI; această condiție se aplică numai dacă deținătorul de aprobare de punere pe piață a medicamentului respectiv prin reprezentantul său legal declară pe propria răspundere că dispune de o cantitate de medicamente care reprezintă cel puțin 50% din consumul de medicamente din cadrul unui DCI corespunzător anului 2008 și are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, sub sancțiunea scoaterii medicamentului din listă, în caz contrar.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele în condițiile prevăzute la alin. (1), indiferent de data la care a fost completată prescripția medicală de către medic, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (4).

Art. 16. - Prescrierea, eliberarea și decontarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților se fac în limita fondului aprobat cu această destinație.

Art. 17. - La nivelul caselor de asigurări de sănătate vor funcționa comisii pentru fiecare grupă de boală cronică prevăzută potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Comisiile vor fi constituite din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, direcției de sănătate publică și ai medicilor prescriptori.

Fiecare comisie va fi constituită din 3 sau 5 persoane, astfel:

- medicul șef al casei de asigurări de sănătate sau o persoană desemnată de către acesta din structurile subordonate medicului șef;

- medic desemnat dintre medicii prescriptori de către casa de asigurări de sănătate și de direcția de sănătate publică;

- un medic reprezentant al direcției de sănătate publică;

- secretariatul comisiei va fi asigurat de persoane din cadrul structurilor subordonate medicului șef al casei de asigurări de sănătate.

Pentru comisiile formate din 5 persoane, vor mai face parte din comisie:

- 1 medic din cadrul casei de asigurări de sănătate;

- 1 medic prescriptor.

Comisia:

- stabilește criteriile de includere/excludere în/din tratament și aplicarea criteriilor de prioritizare în baza listelor de așteptare (unde nu există protocoale la nivel național) și punerea în aplicare a acestora în activitatea desfășurată;

- pentru bolile la care există protocoale la nivel național prin care se aplică criterii de prioritizare întocmește listele de așteptare, dacă este cazul.

Casa de asigurări de sănătate pune la dispoziția fiecărei comisii:

- numărul stabilit de bolnavi ce pot fi tratați, în funcție de sumele aprobate și costul mediu pe pacient;

- pacienții aflați în tratament și tratamentul acordat acestora, cu indicarea datei la care au intrat în tratament, a datei ultimei aprobări și a perioadei pentru care au primit ultima aprobare).

Art. 18. - (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2009 se efectuează în ordine cronologică până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Decontarea contravalorii medicamentelor pentru care se fac transferuri din bugetul Ministerului Sănătății în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se face în termen de până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, cu excepția medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista B de care beneficiază pensionarii cu venituri realizate numai din pensii de până la 600 lei pe lună, pentru care decontarea se realizează în condițiile alin. (1).

Art. 19. - Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală din partea asiguraților în tratamentul ambulatoriu, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Denumire furnizor.....

Nr. contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate.....

MACHETA*) pentru raportarea medicamentelor și materialelor sanitare eliberate în data de.....

Medicamente cu și fără contribuție personală		Medicamente eliberate corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin Comisiile de experți ai CNAS**)		Medicamente și materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ***)								Medicamente corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii cu venituri realizate numai din pensii de până la 600 lei pe lună	
Denumire comerciala	lei	Denumire comerciala	lei	Programul		Programul .....		.....	.....	.....	.....	Denumire comerciala	lei****)
				Denumire comerciala medicamente/ materiale sanitare	lei	Denumire comerciala medicamente/ materiale sanitare	lei						

*) **Se transmite caselor de asigurări de sănătate, zilnic până la ora 12, 00 a.m. , în format electronic, pentru ziua anterioară**

**) conform HG 720/2008, pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

***) se completează pentru fiecare program pentru care medicamentele, respectiv materialele sanitare se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, în conformitate cu prevederile hotărârii de guvern pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009 și a Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009;

*****) se completează contravaloarea procentului de compensare de 40% din prețul de referință pentru medicamentele din sublista B eliberate conform „Programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 600 lei pe lună” și pentru care decontarea se face din transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Reprezentant legal,

.....

CONTRACT

de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate

I. Părțile contractante:

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

și

Societatea comercială farmaceutică, reprezentată prin

Farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentată prin

având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon/fax, înregistrată la Registrul Comerțului cu certificatul de înmatriculare/actul de înființare și punctul în comuna, str. nr., având contul nr., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr., deschis la Banca, și codul unic de înregistrare nr., autorizație de funcționare nr., eliberată de, dovada de evaluare nr., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul farmaceutic - farmaciști și asistenți de farmacie valabilă pe toată durata derulării contractului nr. dovada plății contribuției la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

II. Obiectul contractului:

Art. 1. - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală precum și a unor materiale sanitare specifice, în tratamentul ambulatoriu

Art. 2. - Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare, precum și a normelor metodologice de aplicare a contractului-cadru și a normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009.

Art. 3. - Furnizarea medicamentelor și materialelor sanitare se va desfășura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societății comerciale:

1. din, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

2. din, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

3. din, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

NOTĂ: Se vor menționa și punctele de lucru cu informațiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

Art. 4. - Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2009.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare.

V. Obligațiile părților:

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 6. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ numai cu furnizorii de medicamente autorizați și evaluați conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afișare pe pagina web, lista acestora, pentru informarea asiguraților;

b) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora; casele de asigurări de sănătate decontează prescripții medicale care nu conțin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute și dacă se poate identifica medicul, asiguratul și 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.

c) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte, în limita fondurilor aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație consum de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente unor programe naționale de sănătate a căror eliberare se face prin farmaciile cu circuit deschis, la termenele prevăzute în normele metodologice de aplicare a

Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare;

d) să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun;

e) să aducă la cunoștință furnizorilor de servicii medicale și asiguraților cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A, cât și cele cuprinse în sublista B, precum și cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru fiecare cod de boală pentru medicamentele cuprinse în sublista C - secțiunea C1 și mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru medicamentele cuprinse în sublista C - secțiunea C3; în această situație asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 100 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare;

f) să informeze furnizorii de medicamente asupra condițiilor de contractare și asupra modificărilor apărute ulterior, ca urmare a modificării actelor normative;

g) să afișeze pe site, zilnic cât și pentru prima, respectiv a doua jumătate a fiecărei luni, la datele de 15 și 30/31 ale lunii respective, contravaloarea medicamentelor eliberate de fiecare farmacie cu care casa de asigurări de sănătate se află în relație contractuală, raportate de farmacia conform datelor din macheta prevăzută în Anexa 30 bis;

h) 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, cel mai târziu la data încetării relațiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi;

i) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de medicamente procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a controalelor efectuate în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la efectuarea controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

j) să organizeze trimestrial sau ori de câte ori este nevoie împreună cu direcția de sănătate publică întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuția asiguratului în tratamentul ambulatoriu, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Casa de asigurări va informa asupra modificărilor actelor normative și va stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

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, inclusiv cu medicamente la preț de referință și la preț de decontare;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale (DCI) cu prioritate la prețurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea asiguratului, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; să se aprovizioneze, la cererea asiguratului, în maximum 48 de ore, cu materiale sanitare

specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, dacă acestea nu există la momentul solicitării în farmacie;

c) să practice o evidență de gestiune cantitativ valorică, corectă și la zi;

d) să verifice prescripțiile medicale în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă în vederea eliberării acestora și decontării contravalorii medicamentelor, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ de către casele de asigurări de sănătate;

e) 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic; să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale pentru materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând sistemul informatic unic integrat; În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

g) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ: factură, borderou centralizator, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a datei de emisie a acestora, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare; sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare din documentele justificative însoțitoare prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate conform prevederilor din Anexa 30 bis la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

h) 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare, și modul de eliberare a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în condițiile reglementărilor legale în vigoare;

i) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat, conform legii;

j) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, cât și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale;

k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului adoptat prin Decizia Adunării generale naționale a Colegiului Farmaciștilor din România nr. 1/2005 cu modificările și completările ulterioare în relațiile cu asigurații;

l) 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 cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale, precum și pe timpul nopții și să afișeze la loc vizibil programul farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente. Acest program se stabilește în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

m) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare;

n) să asigure prezența unui farmacist în farmacie și la punctele de lucru pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

o) să anuleze DCI-urile/medicamentele și/sau materialele sanitare care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale, 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare;

p) să nu elibereze medicamentele și materialele sanitare din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

q) 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;

r) 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 tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

s) să depună, în primele 15 zile calendaristice ale lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, documentele necesare, în vederea decontării pentru luna respectivă; Pentru medicamentele eliberate decontarea se face cu încadrarea în fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate;

t) să se informeze asupra condițiilor de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ;

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

v) să acorde medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, și să nu încaseze contribuție personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăți;

w) să elibereze medicamentul care dă prețul de referință în cadrul denumirii comune internaționale prescrise de medic și, numai cu acordul asiguratului, să elibereze orice alte medicamente din cadrul aceleiași denumirii comune internaționale, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială, în condițiile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare;

x) să transmită caselor de asigurări de sănătate în format electronic, medicamentele și materialele sanitare eliberate conform machetei și la termenele prevăzute în Anexa 30 bis la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

y) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei, excepție făcând situațiile prevăzute la art. 98 lit. c din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714./2008, cu modificările și completările ulterioare;

VI. Modalități de plată:

Art. 8. - (1) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emitere a acestora. În situația în care în același formular de prescripție se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele și materialele sanitare din cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urile aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai CNAS, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 99 alin. (2¹) din contractul-cadru, pentru care se completează prescripții distincte. Farmaciile întocmesc câte un borderou centralizator distinct pentru medicamentele antidiabetice orale, pentru medicamentele antidiabetice de tipul insulinelor și teste de automonitorizare pentru bolnavii diabetici și pentru medicamentele antidiabetice orale și de tipul insulinelor și teste de automonitorizare pentru tratamentul mixt al bolnavilor diabetici.

(2) Valoarea contractului..... lei și a actelor adiționale la contract lei sunt orientative, și se modifică lunar corespunzător, funcție de consumul de medicamente eliberate în limita fondurilor alocate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație.

Art. 9. - Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casele de asigurări de sănătate până la data de a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

Art. 10. - (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat la casa de asigurări de sănătate și prevăzut în prezentul contract, suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. e), g), j), k), l), q), x), și în cazul nerespectării termenului de 5 zile pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), b), o), s), t), w), suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

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

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

Art. 11. - (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2009 se efectuează, în ordine cronologică până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Decontarea contravalorii medicamentelor și materialelor sanitare pentru care se fac transferuri din bugetul Ministerului Sănătății Publice către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se face în termen de până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, cu excepția medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista B de care beneficiază pensionarii cu venituri realizate numai din pensii de până la 600 lei pe lună, pentru care decontarea se realizează în condițiile alin. (1).

Art. 12. - Plata se face în:

a) contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr., deschis la Banca

VII. Răspunderea contractuală:

Art. 13. - Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 14. - Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăților.

VIII. Clauză specială:

Art. 15. - (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului, și care împiedică executarea acestuia este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

IX. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului:

Art. 16. - Prezentul contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

- a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;
- b) dacă din motive imputabile farmaciei evaluate aceasta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare, de la încetarea termenului de valabilitate a acesteia;
- d) revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- e) dacă farmacia evaluată înlocuiește medicamentele și/sau materialele sanitare neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau -produse din farmacie;
- f) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 10 alin.(1) din prezentul contract; pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/puncte de lucru, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 10 alin.(1) de câte 3 ori pe an, pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/punct de lucru din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății comerciale se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 10 alin.(1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;
- g) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții medicale privind eliberarea de medicamente și/sau materiale sanitare conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de 2 luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
- h) nerespectării prevederilor de la art. 7 lit. c), f), h), m), n), p), r), u), v), y).
- i) la a patra constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), b), o), s), t), w).
- j) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. e), g), j), k), l), q); x).
- k) 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 și/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;
- l) eliberarea de medicamente cu sau fără contribuție personală și/sau a materialelor sanitare în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, de către farmaciile/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract.

Art. 17. - 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. 18. - 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 de 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;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate și cu avizul casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an.

Art. 19. - (1) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/puncte de lucru, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 lit. f), g) și h) – pentru nerespectarea prevederilor art.7 lit. f), m) și r) - și condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 lit. i) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. s) a art. 7 și condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 lit. j)- pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. g) și x), se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 16 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

Prevederile art. 17 și 18 referitoare la condițiile de încetare, respectiv suspendare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv punctelor de lucru, după caz.

(2) În situația în care prin farmaciile/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală și/sau materiale sanitare în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societățile comerciale respective pentru toate farmaciile/punctele de lucru cuprinse în aceste contracte.

Art. 20. - (1) Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 lit. b) - d) se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

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

X. Corespondența:

Art. 21. - (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, sau la sediul părților.

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

XI. Modificarea contractului:

Art. 22. - (1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin 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 contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Art. 24. - Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor:

Art. 25. - (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIII. Alte clauze:

.....

.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, a fost încheiat astăzi în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - director general,
.....

FURNIZOR DE MEDICAMENTE ȘI
MATERIALE SANITARE

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției management și economică,
.....

Director executiv al Direcției relații cu
furnizorii,

Vizat

Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale

PACHET SERVICII DE BAZĂ
LISTA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN
AMBULATORIU

A. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Proteză auditivă	Retroauriculară/Intraauriculară	5 ani	919,11
2	Proteză fonatorie	a) Vibrator laringian	5 ani	1.048,96
		b) Buton fonator (shunt - ventile)	2/an	849,90
3	Proteză traheală	a) Canulă traheală simplă	4/an	378,32
		b) Canulă traheală Montgomery	2/an	1496,25

NOTĂ:

1. Pentru 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 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, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

B. Dispozitive pentru protezare stomii

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/SET
C1	C2	C3	C4	C5
	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ ileostomie	1 set*)/lună (30 bucăți)	241,76
		b) sac colector pentru urostomie	1 set*)/lună (15 bucăți)	181,17

	B. Sistem stomic cu doua componente	a) pentru colostomie/ ileostomie (flanșă suport și sac colector)	1 set**)/lună	192,33
		b) pentru urostomie (flanșă suport și sac colector)	1 set**)/lună	301,11

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

***) Un set de referință este alcătuit din 4 flanșe suport și 15 saci colectori. În situații speciale, la recomandarea medicului specialist, componența setului de referință poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set de referință.

NOTĂ:

1. Se va prescrie doar unul din sisteme A sau B, pentru fiecare tip.
2. Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor specialiști, se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie.
3. Pentru asigurații cu colostomie/ileostomie dublă la recomandarea medicilor specialiști, se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

C. Dispozitive pentru incontinență urinară

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ
				LEI/SET
C1	C2	C3	C4	C5
1	Condom urinar		1 set*)/lună (30 bucăți)	117,13
2	Sac colector de urină		1 set*)/lună (6 bucăți)	16,08
3	Sonda Foley		1 set*)/lună (4 bucăți)	24,63
4	Cateter urinar		1 set*)/lună (120 bucăți)	900,00

5	Dispozitiv pentru plasarea de benzi intravaginale și pentru incontinență urinară			LEI/BUC.
				1.363,72

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

D. Proteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Proteză parțială de picior	a) LISEFRANC	*	1.634,69
		b) CHOPART	*	1.746,71
		c) PIROGOFF	*	1.891,86
2	Proteză pentru dezarticulația de gleznă	SYME	*	2.012,67
3	Proteză de gambă	a) convențională, din material plastic, cu contact total	*	2.358,41
		b) convențională, din piele	*	1.940,84
		c) geriatrică	*	2.368,18
		d) modulară	**	2.417,53
4	Proteză pentru dezarticulația de genunchi	modulară		5.048,56
5	Proteză de coapsă	a) pilon	*	1.359,01
		b) combinată	*	2.293,08
		c) din plastic	*	2.449,20
		d) cu vacuum	*	2.989,26
		e) geriatrică	*	2.711,54

		f) modulară	**	4.405,99
		g) modulară cu vacuum	**	4.501,94
6	Proteză de șold	a) convențională	*	2.442,56
		b) modulară	**	6.987,12
7	Proteză parțială de bazin hemipelvectomie	a) convențională	*	3.228,34
		b) modulară	**	6.981,64

NOTĂ:

- 1) Prima protezare: minimum 3 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.
- 4) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut la pct. 1) și 2).

E. Proteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Proteză parțială de mână	a) funcțională simplă	*	1.386,17
		b) funcțională	*	1.807,34
2	Proteză de dezarticulație de încheietură a mâinii	a) funcțională simplă	*	2451,39
		b) funcțională acționată pasiv	*	2911,27
		c) funcțională acționată prin cablu	*	3754,23
		d) funcțională acționată mioelectric	**	3754,23
3	Proteză de antebraț	a) funcțională simplă	*	2449,03
		b) funcțională acționată pasiv	*	2801,49
		c) funcțională acționată prin cablu	*	3578,17

		d) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație pasivă	**	3.578,17
		e) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație activă	**	3.578,17
4	Proteză de dezarticulație de cot	a) funcțională simplă	*	4.352,76
		b) funcțională acționată pasiv	*	3.743,11
		c) funcțională acționată prin cablu	*	4.902,69
		d) funcțională atipic electric	**	4.902,69
		e) funcțională mioelectrică	**	4.902,69
5	Proteza de braț	a) funcțională simplă	*	3.576,86
		b) funcțională acționată pasiv	*	4.550,69
		c) funcțională acționată prin cablu	*	4.752,60
		d) funcțională atipic electric	**	4.752,60
		e) funcțională mioelectrică	**	4.752,60
6	Proteză de dezarticulație de umăr	a) funcțională simplă	*	4.766,64
		b) funcțională acționată pasiv	*	4.688,87
		c) funcțională acționată prin cablu	*	5.503,05
		d) funcțională atipic electric	**	5.503,05
		e) funcțională mioelectrică	**	5.503,05
7	Proteză pentru amputație inter-scapulo - toracică	a) funcțională simplă	*	4.629,65
		b) funcțională acționată pasiv	*	5.470,06
		c) funcțională acționată prin cablu	*	5.253,83
		d) funcțională atipic electric	**	5.253,83

NOTĂ:

1) * 2 ani; ** 8 ani.

2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

3) Pentru protezele de membru superior se pot acorda reparații pentru copiii în vârstă de până la 18 ani.

4) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut la pct. 1) și 2).

F. Dispozitive de mers

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Baston		3 ani	40,14
2	Baston	cu trei / patru picioare	3 ani	82,38
3	Carjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an	43,17
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani	87,79
		c) cu sprijin pe antebraț metalică	3 ani	49,34
4	Cadru de mers		3 ani	169,05
5	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată		PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
		a) cu antrenare manuală/electrică	5 ani	1.268,95
		b) triciclu pentru copii	3 ani	1.482,90
		perioadă determinată		SUMĂ DE ÎNCHIRIERE LEI/LUNĂ
		a) cu antrenare manuală		34,90
		b) triciclu pentru copii		54,77

NOTĂ:

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 și 3 din tabelul de mai sus; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

G. Orteze
G.1 Orteze pentru coloana vertebrala

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Orteze cervicale	a) colar	12 luni	69,90
		b) Philadelphia / Minerva	12 luni	221,91
		c) Schanz	12 luni	63,37
2	Orteze cervicotoracice		12 luni	117,92
3	Orteze toracice		12 luni	202,52
4	Orteze toracolombosacrale		12 luni	232,86
		a) corset Cheneau	12 luni	1.069,14
		b) corset Boston	12 luni	1.084,15
		c) corset Euroboston	12 luni	1.131,13
		d) corset Hessing	12 luni	241,73
		e) corset de hiperextensie	12 luni	1.135,61
		f) corset Lyonnais	12 luni	1.268,75
g) corset de hiperextensie în trei puncte ptr. scolioză	12 luni	1190,74		
5	Orteze lombosacrale		12 luni	130,11
		lombostat	12 luni	136,04
6	Orteze sacro - iliace		12 luni	112,70
7	Orteze cervicotoracolombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani	1.613,60
		b) corset Milwaukee	12 luni	1.359,56

NOTĂ:

Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

G.2 Orteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Orteze de deget		12 luni	97,69
2	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/fixarea degetului mare	12 luni	89,72
		b) dinamică	12 luni	112,94
3	Orteze de încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni	141,27
		b) dinamică	12 luni	88,63
4	Orteze de încheietura mâinii - mână - deget	fixă/mobilă	12 luni	137,86
5	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni	176,76
6	Orteze de cot - încheietura mâinii - mână		12 luni	477,51
7	Orteze de umăr		12 luni	259,57
8	Orteze de umăr - cot		12 luni	340,84
9	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni	1.106,37
		b) dinamică	12 luni	2.515,98

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

2) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4 și la pct. 1.

G.3 Orteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Orteze de picior		12 luni	321,90
2	Orteze pentru gleznă - picior	fixă/mobilă	12 luni	171,10
3	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni	511,32
		b) mobilă	12 luni	509,36
		c) Balant	2 ani	655,53
4	Orteze de genunchi - gleznă – picior		12 luni	823,50
		a) Gambier cu scurtare	2 ani	260,96
		b) Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră)	2 ani	359,75
		c) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani	1.264,52
5	Orteze de șold		12 luni	1.834,68
6	Orteze șold - genunchi		12 luni	1.960,99
7	Orteze de șold - genunchi - gleznă - picior		12 luni	1.848,09
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani	1.748,70
		b) Hessing (aparat)	2 ani	727,13
8	Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*	111,25
		b) de abducție	*	69,29
		c) Dr. Fettwies	*	1.727,30
		d) Dr.Behrens	*	1.113,97
		e) Becker	*	86,71
		f) Dr. Bernau	*	627,85
				LEI/PERECHE
		a) susținători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni	47,16

9	Orteze corectoare de statică a piciorului	b) susținători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni	59,54
		c) Pes Var/Valg	12 luni	228,54
		d) Hallux-Valgus	12 luni	LEI/BUC.
				105,97

NOTĂ:

- 1) Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) și c) se prescriu numai perechi.
- 2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.
- 3) * se poate acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare
- 4) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), cu excepția celor prevăzute la pct. 1); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4 și la pct. 2) și 3).

H. Încălțăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/PERECHE
C1	C2	C3	C4	C5
1	Ghete	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	225,28
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni	282,24
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	219,24
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni	219,24
		e) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	229,39
		f) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni	285,02

		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	248,86
		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	307,87
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	288,17
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	348,62
2	Pantofi	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	191,67
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni	235,81
		c) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	196,87
		d) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni	249,95
		e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	239,55
		f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	287,56
		g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	233,75
		h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	289,01

NOTĂ:

- 1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă pereche de încălțăminte înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi
- 2) Se 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 DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1	Lentile intraoculare	a) ptr. camera anterioară b) ptr. camera posterioară	*	284,85
2	Proteză oculară	pentru copii	**	

* Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puțin 6 luni de la prima protezare.

** Se acordă doar pentru copii în vârstă de până la 18 ani ori de câte ori este nevoie.

J. Soluție vâscoelastică pentru infiltrații intraarticulare

Nr. crt.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/DOZĂ
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Soluție sterilă vâscoelastică pentru infiltrații intraarticulare		max. 3 doze/an	278,21

Notă: Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

K. Echipamente pentru oxigenoterapie

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	SUMĂ DE ÎNCHIRIERE LEI/LUNĂ
C1	C2	C3	C4	C5
1	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen*)			159,52

*) Aparatele de administrarea continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere;

MODALITATEA de prescriere, procurare și decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

Art. 1. - (1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă pentru o perioadă determinată 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 din anexa 32 la prezentele norme. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului.

Prescripția medicală va fi întocmită în limita competenței medicului prescriptor.

(3) Prescripția medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de un furnizor autorizat și evaluat care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta.

(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 proteză definitivă) a membrului inferior, prescripția medicală trebuie să specifice modul de protezare și să prevadă tipul protezei definitive.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii, în cazul pacienților cu stome permanente, medicul va menționa pe prescripția medicală "stomă permanentă".

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară recomandarea se poate face și de către 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 (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul, însoțită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, 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. Copiii 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 (reprezentant legal, angajat, asociat, administrator).

(3) În situația pacienților cu stome permanente pentru obținerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripția medicală pe care este completată mențiunea "stomă permanentă" se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată într-un an calendaristic.

Art. 3. - (1) Casa de asigurări de sănătate, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal.

(2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării și, respectiv, emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinație. Decizia se expediază prin poștă în maximum 2 zile lucrătoare de la emiterea ei. În situația în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depășirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate 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 de prioritate pentru acordarea dispozitivelor medicale, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate, de nivelul de urgență stabilit de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, publicat pe pagina web a acesteia, precum și de ponderea fiecărei categorii de dispozitive medicale din totalul dispozitivelor medicale acordate asiguraților.

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical și se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poștă, și un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

(5) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 A la ordin.

(6) În cazul protezelor pentru membrul inferior, 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 furnizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate și furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acordă pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive și numărul acestora pe fiecare tip.

(8) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 B la ordin.

(9) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, cu

excepția situațiilor prevăzute la alin. (5) și (8). În cazul dispozitivului medical la comandă, furnizorul de dispozitive medicale înștiințează casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

Art. 4. - Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, în cazul dispozitivelor la comandă (inclusiv pentru protezele auditive), sau, în cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comandă, asiguratul sau unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluați, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate și prescripția medicală.

Pentru pacienții cu stome permanente care în cursul anului calendaristic, după expirarea termenului de valabilitate a unei decizii, doresc să se adreseze altui furnizor de dispozitive pentru protezare stomii decât cel la care au depus prescripția medicală cu mențiunea "stomă permanentă", este necesară obținerea unei alte prescripții medicale cu mențiunea "stomă permanentă" care să însoțească decizia emisă de casa de asigurări de sănătate.

În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen, decizia va fi însoțită de talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

Art. 5. - Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficiențelor organice sau funcționale în ambulatoriu, prevăzută în anexa nr. 32 la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde prețurile de referință și sumele de închiriere pentru dispozitivele medicale care se acordă pe o perioadă determinată prin închiriere precum și termenele de înlocuire ale dispozitivelor medicale. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul 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) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(3) Furnizorul emite, în vederea decontării, factura însoțită de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele 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 un furnizor autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată, și de aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa și talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa la prima facturare, după închirierea dispozitivului medical, și dovada verificării tehnice 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.

(4) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană

împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, la prima protezare, decontarea se face pentru același furnizor, cumulată 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, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

Art. 7. - Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligația ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunțe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

Art. 8. - (1) Certificatul de garanție predat de către furnizor asiguratului trebuie să precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical (numele producătorului, numele reprezentantului autorizat al producătorului sau numele distribuitorului, după caz; tipul; numărul lotului precedat de cuvântul "lot" sau nr. de serie, după caz); data fabricației și, după caz, data expirării; termenul de garanție.

(2) În cadrul termenului de garanție asigurații pot sesiza furnizorul în legătură cu eventualele deficiențe ale a dispozitivului medical care conduc la lipsa de conformitate a acestuia, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. În acest caz repararea sau înlocuirea dispozitivului medical cu altul corespunzător va fi asigurată și suportată de către furnizor.

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 (părinte, soț/soție), 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 de 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 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 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 de prioritate pentru aprobarea reparației dispozitivelor medicale, precum și soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență stabilit de Serviciul Medical al casei de asigurări de sănătate publicat pe pagina web a acesteia.

(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 (părinte, soț/soție), 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 (părinte, soț/soție), 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 legalsau împuternicitul legal al acestuia, după caz,

cu:

- Certificatul de înregistrare*) seria, codul unic de înregistrare nr., certificat de înscriere de mențiuni (dacă este cazul)
- având sediul social în localitatea, județul/sectorul..... 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,
- certificatul/certIFICATELE de înregistrare a dispozitivelor medicale emis/emise de Ministerul Sănătății și/sau declarația/declarațiile de conformitate CE emisă/emise de producător, după caz
- avizul de funcționare și/sau certificatul de înregistrare al producătorului de dispozitive medicale, după caz, emis de Ministerul Sănătății,
- dovada de răspundere civilă în domeniul medical, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, atât pentru personalul medico-sanitar cât și pentru furnizor,
- lista prețurilor de vânzare cu amănuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;
- dovada plății contribuției la Fond conform prevederilor legale în vigoare.

*) 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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. DISPOZITIVE MEDICALE FURNIZATE

Art. 2. - Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 32 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare și constau în:

- a)
- b)
- c)

IV. DURATA CONTRACTULUI

Art. 3. - Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2009.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare și a normelor metodologice de aplicare a acestuia și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista 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 emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform bugetului aprobat;

d) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical prețul de referință/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru dispozitivul medical furnizat de aceștia și să specifice pe verso-ul deciziei, în ordine alfabetică, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se află în relații contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și punctul de lucru din județul respectiv, pentru informarea asiguratului;

e) 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/sumelor de închiriere pentru dispozitivul medical aprobat prin decizie;

f) să asigure decontarea pe baza facturilor de decontare emise de furnizor și a documentelor însoțitoare;

g) să verifice dacă emitentul prescripției medicale se află în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înțelege furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale;

B. Obligațiile furnizorului de dispozitive medicale

Art. 6. - Furnizorul de dispozitive medicale are următoarele obligații:

a) să respecte prevederile legale privind condițiile de introducere pe piață și de punere în funcțiune a dispozitivelor medicale;

b) să asigure servicii pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesită servicii;

c) să livreze dispozitivele medicale și să desfășoare activități de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru pentru care dețin dovada de evaluare;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical;

e) să livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandării medicale să nu sufere modificări, în condițiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă și predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor de închiriere, prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale pentru care nu sunt calculate prețuri de referință/sume de închiriere, însoțite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății și/sau declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz, și care trebuie să fie aceleași cu cele din lista prețurilor de vânzare cu amănuntul/sumelor de închiriere pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate prezentată la contractare;

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

h) să emită, în vederea decontării, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele medicale la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii și 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. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

k) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații

l) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau a mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale anterior

producerii acesteia sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor.

m) să livreze dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1.408/1971, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și pot beneficia de dispozitive medicale acordate pe teritoriul României.

n) să întocmească evidențe distincte ale pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, și să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală lista dispozitivelor medicale acordate pentru această categorie de persoane.

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 bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factură.

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

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în anul 2009, aprobat prin H.G. nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere prevăzută în norme, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factură.

(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere prevăzută în norme a acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează pentru închirierea dispozitivului medical, suma de închiriere cea mai mică. În situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere prevăzută în

norme, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere prevăzută în norme, respectiv suma de închiriere, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere prevăzută în norme.

Art. 9. - 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. 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.

Art. 10. - (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate furnizorului la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor. Factura emisă de furnizor este însoțită de copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele medicale la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, de confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate după protezare auditivă de către un furnizor autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. 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.

(2) Decontarea în cazul protezării pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(3) În cazul protezelor pentru membrul inferior, la prima protezare decontarea se face pentru același furnizor, cumulată 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, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(6) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuiind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

(7) Criteriile de prioritate pentru acordarea dispozitivelor medicale precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate 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 publicat pe pagina web a acesteia, precum și de ponderea fiecărei categorii de dispozitive medicale din totalul dispozitivelor medicale acordate asiguraților.

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 data depunerii documentelor necesare în vederea decontării, 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 forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

IX. ÎNCETAREA, REZILIEREA ȘI SUSPENDAREA CONTRACTULUI

Art. 15. - 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) revocarea de către organele în drept a avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale sau expirarea termenului de valabilitate a acestuia;
- b) revocarea evaluării sau expirarea termenului de valabilitate a evaluării;

c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deține certificat de înregistrare a dispozitivului medical emis de Ministerul Sănătății și/sau declarația de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 6 lit. a), b), c), d), g), k), l), m);

e) la a patra 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;

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

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

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

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate și cu avizul casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an.

Art. 18. - 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.

Art. 19. - În cazul în care se constată nerespectarea termenului de 5 zile pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 6 lit. e), h), i) și j), suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

X. 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

**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					

**ANEXĂ LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE ȘI A
APARATELOR PENTRU ADMINISTRAREA CONTINUĂ CU OXIGEN
NR./.....**

- Prezenta anexă se predă asiguratului împreună cu decizia;
- CAS va ștampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane;

Nr. talon	Luna	Nume și prenume	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, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, formulare cu regim special, unice pe țară

I. Părțile convenției

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

și

Medicul (nume, prenume) CNP cod parafă Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. / din cabinetul medical/unitatea sanitară, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon

II. Obiectul convenției

ART. 1 Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în vederea recunoașterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1714/2008, cu modificările și completările ulterioare 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 care acordă asistență medicală 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 care acordă asistență medicală din serviciile publice specializate sau organismele private autorizate pentru copiii încredințați ori dați în plasament, dacă nu sunt înscriși pe lista unui medic de familie;
- d) medicii care acordă asistență medicală din alte instituții de ocrotire socială, dacă persoanele instituționalizate nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;
- e) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

f) medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești pentru elevi, respectiv studenți, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar.

(2) Eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

a) medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studențești;

b) medicii care acordă asistență medicală din căminele de bătrâni;

c) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap;

d) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

e) medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice se face de către:

a) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

b) medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studențești pentru radiografie dentară retroalveolară și panoramică, pentru elevi, respectiv studenți.

(4) Prin medicii/medicii dentiști din cabinete școlare și studențești menționați la alin. (1), (2) și

(3) se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, care sunt cabinete integrate în structura spitalelor teritoriale și sunt finanțate de la bugetul Ministerului Sănătății.

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2009

IV. Obligațiile părților

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze medicii cu care încheie convenții asupra condițiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice și/sau prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu;

b) să controleze medicii privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul prezentei convenții;

c) să țină evidențe distincte cu formularele de prescripții medicale cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătății 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 conform criteriilor din sistemul informatic unic integrat;

e) să monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții;

f) să monitorizeze lunar investigațiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții.

ART. 4. Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau care eliberează prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

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

c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberării biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau a eliberării prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală;

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

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

g) să prescrie medicamente în următoarele condiții:

- medicii din cabinetele medicale școlare și studențești prescriu medicamente în caz de urgență medicală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile, 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 de medicină dentară și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile și numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru elevi, respectiv studenți;

- 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;

- medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, conform specializării și numai ca o consecință a actului medical propriu;

- medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

V. Încetarea și rezilierea convenției

ART. 5. Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 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/Colegiului Medicilor Dentiști din România a medicului care

eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberează prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligațiilor asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

c) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

d) refuzul medicului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, potrivit prezentei convenții;

e) constatarea de abuzuri sau prescrieri nejustificate din punct de vedere medical de medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguraților în tratamentul ambulatoriu.

ART.6 Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) medicul nu mai desfășoară activitate în cabinetul medical/unitatea sanitară din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;

b) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul care a încheiat convenția;

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

d) acordul de voință al părților;

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

f) a survenit decesul medicului;

g) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România.

ART. 7. Situațiile prevăzute la art. 5 și la art. 6 lit. b), f), g) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la art. 6. lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înainte datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. Corespondența

ART. 8 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte din convenție este obligată ca, în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție, să notifice celeilalte părți schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenției

ART. 9 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate
Președinte - director general,
.....

Medic
.....

Vizat
Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale
.....

*) Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală.

Pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pentru medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat, precum și pentru medicii din cabinetele medicale școlare și studentești și medicii de medicină dentară și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești - care sunt cabinete integrate în structura spitalelor teritoriale și finanțate de la bugetul Ministerului Sănătății, modelul de convenție se va adapta în sensul încheierii convenției între casa de asigurări de sănătate și unitatea sanitară în care își desfășoară activitatea medicii din structurile anterior menționate.

Medicii menționați în prezenta anexă, încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care își desfășoară activitatea medicii respectivi.

CONVENȚIE

privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești (recomandare de internare), formular cu regim special unic pe țară

I. Părțile convenției

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

și

- Unitatea medico-socială, reprezentată prin, cu autorizație sanitară de funcționare nr. din, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr., județul/sectorul, telefon

- Unitatea sanitară cu paturi, cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin, având actul de înființare sau de organizare nr., autorizația sanitară de funcționare nr., dovada de evaluare nr., codul unic de înregistrare și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, valabilă pe toată durata derulării convenției nr.

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 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

ART. 2 Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești se face de către următorii medici:

A. Medicii din spital, respectiv:

a) medicii din dispensare TBC, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

b) medicii din laboratoarele de sănătate mintală, respectiv centrele de sănătate mintală și staționar de zi, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

c) medicii din cabinetele de planificare familială care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

d) medicii din cabinete medicale de boli infecțioase care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

e) medicii din cabinetele de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

B. Medicii din unitatea medico-socială:

1. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

3. Medicul (nume, prenume), CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2009.

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 și furnizorul de servicii medicale spitalicești au următoarele obligații:

- a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- b) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;
- d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești;
- e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului;
- f) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web.

V. Încetarea și rezilierea convenției

ART. 5 Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 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/al medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale spitalicești; în situația în care convenția cu unitatea medico-socială/spitalul se încheie pentru mai mulți medici, ridicarea de către organele de drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al unui medic nu conduce la rezilierea convenției, ci doar la excluderea din convenție a medicului respectiv;
- c) nerespectarea obligațiilor asumate prin prezenta 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, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

ART. 6 Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) furnizorul se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;
- b) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;

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

ART. 7 Situațiile prevăzute la art. 5 și la art. 6 lit. b) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la art. 6 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. Corespondența

ART. 8 Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

Fiecare parte din convenție este obligată ca, în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție, să notifice celeilalte părți schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenției

ART. 9 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate
Președinte - director general,
.....

Medic
.....

Vizat

Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale
.....

NOTĂ:

Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de internare de către medicii din unitățile medico-sociale sau de către medicii din dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică.

Medicii menționați în prezenta anexă încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care își desfășoară activitatea medicii respectivi.