MONITORUL OFICIAL
AL
ROMÂNIEI

Anul 179 (XXIII) — Nr. 922 bis

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Marți, 27 decembrie 2011

SUMAR

Pagina

Anexele nr. 1—40 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010 3–437

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 1.723 din 20 decembrie 2011

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 950 din 20 decembrie 2011

ORDIN
pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010*)

Având în vedere Referatul de aprobare nr. R.L. 4.319 din 20 decembrie 2011 al Ministerului Sănătății și nr. D.G. 4.167 din 20 decembrie 2011 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

— art. 217 alin. (5) din titlul VIII „Asigurările sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, cu modificările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările 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 în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010, prevăzute în anexele nr. 1—40, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2012. De la această dată se abrogă Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2011 de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, cu modificările și completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 384 și 384 bis din 1 iunie 2011, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 3. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Ritli Ladislau

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Nicolae-Lucian Duță

*) Ordinul nr. 1.723/950/2011 a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 922 din 27 decembrie 2011 și este reprodus și în acest număr bis.

ANEXA 1

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
în asistenţa medicală primară

CAPITOLUL I Pachetul minimal de servicii medicale

A. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament) se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile prevăzute la lit. A, B, C ale cap. I din anexa nr. 21 la ordin, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile prevăzute la lit. C a cap. I din anexa 21 la ordin, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca "urgenţă" de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut la lit. A, B, C ale cap. I din anexa nr. 21 la ordin, în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 4: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

NOTA 5: Pentru persoanele beneficiare de pachet minimal înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu încadrarea în prevederile de la art. 1 alin. (3) lit. b din Anexa 2.

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei, consiliere privind igiena personală) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din Anexa nr.1 la H.G. nr.1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale precum şi bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asiguraţii beneficiază de indemnizaţie pentru capacitate temporară de muncă fără condiţii de stagiu de cotizare.

NOTĂ: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

C. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidenţă în primul trimestru;

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

În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi 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 naştere;

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face şi promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum şi consiliere pre şi post testare pentru HIV şi lues a femeii gravide.

NOTA 3: Consultaţia cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la lit. D, specifice perioadei de sarcină şi lăuzie.

În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lăuziei, atât pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la Lista C din anexa nr. 21 la ordin - caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât şi pentru cazurile care nu presupuneau şi inocularea.

D. Imunizări (consultaţie, inclusiv inoculare):

I. conform programului naţional de imunizare:

a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinaţi în maternitate;

b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;

c) antihepatită B;

d) antipoliomielitică;

e) împotriva difteriei, tetanosului şi tusei convulsive;

f) împotriva rujeolei, rubeolei şi parotiditei epidemice;

g) împotriva infecţiei cu Haemophilus influenzae tip B.

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

b) testarea PPD.

NOTA 1**:** În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi consultaţie de urgenţă pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la Lista C (cod verde) din anexa nr. 21 la ordin, caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului.

NOTA 2: În cazul imunizărilor efectuate conform programului naţional de imunizare, în situaţia în care în cadrul unei consultaţii se efectuează mai multe imunizări conform Calendarului de vaccinare, se va raporta o singură consultaţie.

E. Activităţi de suport. Eliberare de acte medicale: certificat constatator de deces, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces.

F. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

NOTĂ: Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) şi b) şi se raportează două consultaţii pe an calendaristic, pe asigurat.

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

A. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament) care se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile prevăzute la lit. A, B, C ale cap. I din anexa nr. 21 la ordin, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile

de ambulanţă precum şi la cazurile prevăzute la lit. C a cap. I din anexa 21 la ordin ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca "urgenţă" de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut la lit. A, B şi C ale cap. I din anexa nr. 21 la ordin în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 4: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

NOTA 5: Pentru persoanele asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale facultativ înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical. cu încadrarea în prevederile de la art. 1 alin. (3) lit. b din Anexa 2.

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei, consiliere privind igiena personală) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumptiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din Anexa nr.1 la H.G. nr.1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale precum şi bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asiguraţii beneficiază de indemnizaţie pentru capacitate temporară de muncă fără condiţii de stagiu de cotizare.

NOTĂ: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

C. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidenţă în primul trimestru;

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

În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi 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 naştere.

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face şi promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum şi consilierea pre şi post testare pentru HIV şi lues a femeii gravide.

NOTA 3: Consultaţia cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la lit. D specifice perioadei de sarcină şi lăuzie.

În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lăuziei, atât pentru cazurile justificate medical - dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C - cap. I din anexa nr. 21 la ordin, caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât şi pentru cazurile care nu presupuneau şi inocularea.

D. Imunizări (consultaţie, inclusiv inoculare):

I. conform programului naţional de imunizare:

a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinaţi în maternitate;

b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;

c) antihepatită B;

d) antipoliomielitică;

e) împotriva difteriei, tetanosului şi tusei convulsive;

f) împotriva rujeolei, rubeolei şi parotiditei epidemice;

g) împotriva infecţiei cu Haemophilus influenzae tip B.

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

b) testarea PPD

NOTA 1 : În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi consultaţie de urgenţă pentru cazurile justificate medical - dacă se încadrează în reperele prevăzute la Lista C (cod verde) din anexa nr. 21 la ordin, caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului.

NOTA 2: În cazul imunizărilor efectuate conform programului naţional de imunizare, în situaţia în care în cadrul unei consultaţii se efectuează mai multe imunizări conform Calendarului de vaccinare, se va raporta o singură consultaţie.

E. Activităţi de suport. Eliberare de acte medicale: certificat constatator de deces, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces

F. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

NOTA: Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) şi b) şi se raportează două consultaţii pe an calendaristic, pe asigurat.

G. Servicii medicale curative:

Consultaţie pentru afecţiuni acute, subacute (anamneză, examen clinic, diagnostic şi tratament).

NOTA 1: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 4 consultaţii pentru acelaşi episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului, cumulat la nivelul medicului de familie şi medicului de specialitate din ambulatoriul clinic. Dacă cazul este rezolvat la nivelul medicului de familie casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultaţii pentru acelaşi episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului. Pentru acelaşi episod de boală acută/subacută, în situaţia în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultaţii, şi pentru cazul respectiv este necesară trimiterea către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, medicul de familie eliberează bilet de trimitere către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menţiona obligatoriu numărul de consultaţii acordate (una sau două consultaţii).

NOTA 2: Circuitul privind modalităţile în care pot fi acordate cele 4 consultaţii se referă numai la un singur episod de boală acută/subacută.

NOTA 3: În situaţiile în care la prima consultaţie se diagnostichează două sau mai multe afecţiuni acute/subacute, numărul consultaţiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 4 consultaţii.

NOTA 4: În situaţia în care în derularea unui episod de boală acută/subacută după prima, respectiv a doua consultaţie apare o altă afecţiune acută/subacută, numărul consultaţiilor este maximum 5, respectiv 6, din care la nivelul medicului de familie pot fi acordate maximum 3 consultaţii.

NOTA 5: În situaţia în care există prezumţia privind existenţa unei alte afecţiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultaţii pentru afecţiunile acute/subacute pentru care pacientul s-a prezentat iniţial.

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament) care se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile prevăzute la lit. A, B, C ale cap. I din anexa nr. 21 la ordin, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile prevăzute la lit. C a cap. I din anexa nr. 21 la ordin ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca "urgenţă" de către medicul de familie - cu indicarea reperului corespunzător prevăzut la lit. A, B şi C ale cap. I din anexa nr. 21 la ordin, în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 4: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

NOTA 5: Pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical. cu încadrarea în prevederile de la art. 1 alin. (3) lit. b din Anexa 2**.**

B. Servicii medicale profilactice/de prevenţie:

1. Consultaţii pentru urmărirea dezvoltării fizice şi psihomotorii a copilului prin examene de bilanţ:

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.
j) la 24 luni;

k) la 36 luni.

NOTĂ: Consultaţia cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la pct. 4, specifice vârstei. În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi examen de bilanţ pentru cazurile justificate medical - dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C a cap. I din anexa nr. 21 la ordin, caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului.

2. Consultaţii pentru servicii medicale de prevenţie:

a) examen anual de bilanţ al copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 şi 18 ani;

b) control medical periodic al asiguraţilor în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecinţe majore în morbiditate şi mortalitate;

Controlul medical cuprinde:

- consultaţie (anamneză, examen obiectiv, diagnostic);
- recomandare pentru examene paraclinice atunci când există argumente clinice de suspiciune a unei stări patologice consemnate în foaia de observaţie;
- încadrarea medicală a asiguratului într-o grupă de risc.

Controlul medical se poate efectua la solicitarea asiguratului sau la solicitarea medicului de familie în luna în care este născut.

c) supravegherea periodică clinică a evoluţiei pentru bolnavii cu afecţiuni cronice, în limita competenţelor, şi cuprinde: sfat medical, recomandări regim igieno-dietetic şi alte activităţi care nu se finalizează cu eliberarea de prescripţii medicale sau prescriere de investigaţii medicale paraclinice.

NOTĂ: Consultaţia pentru serviciile medicale prevăzute la lit. a) şi b) cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la pct. 4, specifice vârstei.

În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi examen de bilanţ/control medical periodic, atât pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C a cap. I din anexa nr. 21 la ordin - caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât şi pentru cazurile care nu presupuneau şi inocularea.

3. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidenţă în primul trimestru;

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

În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi 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 naştere.

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face şi promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum şi consilierea pre şi post testare pentru HIV şi lues a femeii gravide.

NOTA 3: Consultaţia cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la pct. 4 specifice perioadei de sarcină şi lăuzie.

În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lăuziei, atât pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C a cap. I din anexa nr. 21 la ordin - caz în

care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât şi pentru cazurile care nu presupuneau şi inocularea.

4. Imunizări (consultaţie, inclusiv inoculare):

4.1. conform programului naţional de imunizare:

a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinaţi în maternitate

b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;

c) antihepatită B;

d) antipoliomielitică;

e) împotriva difteriei, tetanosului şi tusei convulsive;

f) împotriva rujeolei, rubeolei şi parotiditei epidemice;

g) împotriva infecţiei cu Haemophilus influenzae tip B.

4.2. a) antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;

b) testarea PPD.

4.3. Vaccinări recomandate şi reglementate de Ministerul Sănătăţii ca acţiuni prioritare de sănătate publică, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naţionale de sănătate, altele decât cele prevăzute la pct. 4.1 şi 4.2.

NOTĂ 1 : Consultaţia, inclusiv inocularea se raportează şi decontează numai pentru situaţiile în care inoculările nu au fost efectuate în condiţiile prevăzute la Nota de la pct. 1, Nota de la pct. 2 şi Nota 3 de la pct. 3.

NOTA 2: În cazul imunizărilor efectuate conform programului naţional de imunizare, în situaţia în care în cadrul unei consultaţii se efectuează mai multe imunizări conform Calendarului de vaccinare, se va raporta o singură consultaţie.

5. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei, consiliere privind igiena personală) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din Anexa nr.1 la H.G. nr.1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale precum şi bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asiguraţii beneficiază de indemnizaţie pentru capacitate temporară de muncă fără condiţii de stagiu de cotizare.

NOTĂ: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

6. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

NOTĂ: Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) şi b) şi se raportează două consultaţii pe an calendaristic, pe asigurat.

7. Servicii de promovare a sănătăţii

Educaţie medico-sanitară şi consiliere pentru prevenirea şi combaterea factorilor de risc, precum şi consilierea antidrog.

C. Servicii medicale curative:

Consultaţie în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute sau cronice programabile, care cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- recomandare pentru investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi pentru monitorizare;
- manevre de mică chirurgie, după caz;
- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;

- bilet de trimitere pentru consultaţie la medicul de specialitate din ambulator sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie;
- recomandare pentru tratament de recuperare, medicină fizică şi balneologie după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, după caz;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- evaluare clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei bolnavilor cu afecţiuni cronice, în limita competenţelor, trimestrial sau lunar.

NOTA 1: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau ataşează la acesta, în copie, rezultatele investigaţiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susţine şi/sau confirma diagnosticul menţionat pe biletul de trimitere şi data la care au fost efectuate.

NOTA 2: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 4 consultaţii pentru acelaşi episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului, cumulat la nivelul medicului de familie şi medicului de specialitate din ambulatoriul clinic. Dacă cazul este rezolvat la nivelul medicului de familie casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultaţii pentru acelaşi episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului. Pentru acelaşi episod de boală acută/subacută, în situaţia în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultaţii, şi pentru cazul respectiv este necesară trimiterea către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, medicul de familie eliberează bilet de trimitere către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menţiona obligatoriu numărul de consultaţii acordate (una sau două consultaţii).

NOTA 3: Circuitul privind modalităţile în care pot fi acordate cele 4 consultaţii se referă numai la un singur episod de boală acută/subacută.

NOTA 4: În situaţiile în care la prima consultaţie se diagnostichează două sau mai multe afecţiuni acute/subacute, numărul consultaţiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 4.

NOTA 5: În situaţia în care în derularea unui episod de boală acută/subacută după prima, respectiv a doua consultaţie apare o altă afecţiune acută/subacută, numărul consultaţiilor este maximum 5, respectiv 6, din care la nivelul medicului de familie pot fi acordate maximum 3 consultaţii.

NOTA 6: În situaţia în care există prezumţia privind existenţa unei alte afecţiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultaţii pentru afecţiunile acute/subacute pentru care pacientul s-a prezentat iniţial.

NOTA 7: Pentru evaluarea clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei bolnavilor cu afecţiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecţiuni cronice o consultaţie lunară, iar prescripţia/prescripţiile medicală/medicale aferentă/aferente pot fi eliberate pentru 30/31, 60/62 sau 90/92 de zile.

D. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecţiuni cronice.

Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecţiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, prevăzute în anexa nr. 39 A la ordin, acesta va organiza evidenţa specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Evidenţa acestor bolnavi cuprinde:
- întocmirea listei şi depunerea acesteia la contractare
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mişcarea lunară/intrări/ieşiri

E. Consultaţii la domiciliul asiguraţilor – maximum 20 de consultaţii pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de 3 consultaţii pe zi.

NOTA 1: Consultaţiile la domiciliu se consemnează în „Caietul de consultatii la domiciliu" care va conţine: data şi ora consultaţiei, numele prenumele si CNP-ul asiguratului căruia i s-au acordat serviciile medicale, motivul deplasării la domiciliu, diagnosticul prezumat, tratamentele administrate, semnătura beneficiarului sau numele, prenumele, CNP-ul şi semnătura aparţinătorului, bilet de trimitere (seria şi numărul), după caz. Informaţiile din Caietul de consultaţii la domiciliu se transcriu în fişa medicală.

NOTA 2: Pentru bolnavii cronici nedeplasabili (insuficienţă cardiacă clasa NYHA IV, paraplegie, tetraplegie, fază terminală etc.) consultaţia se acordă în aceleaşi condiţii ca şi la cabinetul medical. În cadrul consultaţiei la domiciliu, medicul de familie efectuează şi controlul periodic al acestor bolnavi.

NOTA 3: Pentru bolnavii cu afecţiuni acute/subacute consultaţia la domiciliu se acordă în aceleaşi condiţii ca şi la cabinetul medical.

F. Servicii medicale paraclinice

- ecografie generală (abdomen + pelvis) - în limita competenţei şi a dotărilor necesare;

NOTĂ: Pentru aceste servicii se încheie acte adiţionale la contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor cuprinse în anexa nr. 11.

G. Activităţi de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripţii medicale, certificat constatator de deces (cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale), scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflaţi în plasament din cadrul sistemului de asistenţă socială şi protecţia copilului, documente medicale eliberate pentru copii solicitate la intrarea in colectivitate.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces. Celelalte activităţi de suport sunt, după caz, consecinţă a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

CAPITOLUL IV Dispoziţii finale

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

2. Pentru serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ şi din pachetul minimal de servicii medicale, furnizate în cabinetul medical, inclusiv pentru asistenţă medicală la domiciliu, medicamentele şi materialele sanitare necesare, se asigură de către cabinetele medicale, cu excepţia celor asigurate de către alte instituţii în condiţiile legii.

3. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari de card european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la cap. I lit. A şi B şi la cap. II lit. G.

Pentru situaţiile care se încadrează la cap. II litera G, costurile investigaţiilor paraclinice recomandate şi al tratamentelor prescrise sunt suportate din Fondul Naţional Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, în aceleaşi condiţii ca pentru asiguraţi.

4. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, după

caz beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la cap. III lit. A - E sau numai de unele dintre acestea, după caz

5. Pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, pot beneficia de serviciile medicale prevăzute la cap. I în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

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

ANEXA 2

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale

ART. 1 (1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate şi plata prin tarif pe serviciu medical pentru unele servicii medicale prevăzute anexa nr. 1 la ordin, precum şi pentru serviciile medicale acordate pacienţilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului 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 CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, după caz precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii .

(2) Suma cuvenită prin plata "per capita" pentru serviciile menţionate la lit. e) se calculează prin înmulţirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul şi structura pe grupe de vârstă a persoanelor asigurate înscrise în lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat în funcţie de condiţiile prevăzute la lit. d), cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul şi structura pe grupe de vârstă a persoanelor înscrise asigurate se stabileşte astfel:

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

Grupa de vârstă	0 - 3 ani	4 - 59 ani	60 ani şi peste
Număr de puncte/ persoană/an	11,2	7,2	11,2

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

NOTA 2*): În situaţia în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituţionalizate (copii încredinţaţi sau daţi în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire şi asistenţă) potrivit legii, numărul de puncte aferent acestora se majorează cu 5% faţă de punctajul acordat grupei de vârstă în care se încadrează.

În acest sens, medicii de familie ataşează la fişa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredinţat sau dat în plasament şi de persoană instituţionalizată;

NOTA 3*): Pentru persoanele încadrate ca şi persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate, numărul de puncte aferent acestora este cel corespunzător grupei de vârstă "60 ani şi peste".

2. La calculul numărului lunar de puncte "per capita", conform art. 1 alin. (2), se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente. În situaţia contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare.

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

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

Excepţie fac situaţiile în care medicul cu listă proprie desfăşoară activitate într-o localitate în care numărul de medici este mai mic decât cel stabilit de comisia constituită conform art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

5. Pentru un număr de 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie, programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual, precum şi al fiecărui medic de familie cu listă proprie, care se contractează cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistenţa medicală primară este de 35 de ore pe săptămână. În situaţia în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200, programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi şi/sau se poate modifica, în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b), cu asigurarea numărului de consultaţii la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. E din cap. III din anexa nr. 1 la ordin.

În cazul prelungirii programului de lucru, pentru o listă cuprinsă între 2.200 şi 3.000 de persoane înscrise, programul zilnic se majorează cu 1 oră, iar pentru o listă de înscrişi mai mare de 3.000 programul zilnic se majorează cu 2 ore.

6. În situaţia în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

6.1 numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă şi structura pe grupe de vârstă se înmulţeşte cu raportul dintre 2.200 şi numărul de asiguraţi de pe listă, astfel:

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

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

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

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

(număr de asiguraţi înscrişi - 2.200)
Nr. puncte = număr de puncte x ---------- x 0,5
de decontat realizate număr persoane asigurate înscrise

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

2.200
Nr. puncte = număr de puncte realizate x ----------
de decontat Număr persoane asigurate înscrise
la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

(4.000 - 2.200)
Nr. puncte = număr de puncte x ---------- x 0,5
de decontat realizate Număr persoane asigurate înscrise

6.4 În situaţia în care cabinetul medical se află într-o unitate administrativ-teritorială/zonă cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie, stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

2.200
Nr. puncte = număr de puncte realizate x ----------
de decontat Număr persoane asigurate înscrise
la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

(număr de asiguraţi înscrişi - 2.200)
Nr. puncte = număr de puncte x ---------- x 0,5
de decontat realizate număr persoane asigurate înscrise

b) Medicii nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraş, comună) - în condiţiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleaşi condiţii ca şi medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniţi, cu respectarea prevederilor art. 23 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, privind numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraş, comună) - în condiţiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, se stabileşte conform lit. a).

c) Medicii nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraş, comună) - în condiţiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, chiar dacă la sfârşitul celor 3 luni pentru care au avut încheiată convenţie de

furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane prevăzut la art. 23 alin. (3) şi alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care şi-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniţi au obligaţia ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni în condiţiile art. 23 alin. (6) .

Pentru cele 3 luni de contract în care medicul nou-venit are obligaţia de a înscrie numărul minim de persoane prevăzut la art. 23 alin. (3) şi alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, venitul se stabileşte conform lit. a). Se consideră medic nou-venit într-o localitate, medicul de familie care solicită pentru prima dată intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în localitatea respectivă, inclusiv medicii care şi-au desfăşurat activitatea ca medici angajaţi într-un cabinet medical individual aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate respectivă.

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

1. în raport cu condiţiile în care se desfăşoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008. Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervaţiei biosferei Delta Dunării, se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obţinut potrivit Ordinului nr. 163/93/2008.

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

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistenţa medicală primară la care se aplică majorările de mai sus şi procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate mai sus menţionat;

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

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

În situaţiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenţie de înlocuire între medicul înlocuitor şi casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenţiei. Pentru cabinetele medicale individuale, în situaţia de înlocuire a medicului

titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului titular.

e) Serviciile cuprinse la cap. III lit. B pct. 2 lit. c), lit. B pct. 7, lit. D şi lit. G (cu excepţia consultaţiei pentru care s-a eliberat certificatul constatator de deces) din anexa 1 la ordin sunt incluse în plata per capita.

(3) Suma cuvenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin plata per serviciu medical se calculează prin înmulţirea 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:

- consultaţie la domiciliu - 15 puncte;
- consultaţie la cabinet - 5,5 puncte;
- serviciu medical - dacă s-a eliberat certificat constatator de deces - 5,5 puncte;

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

- timpul mediu/consultaţie este de 15 minute;
- un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultaţii la cabinet, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 5;

Pentru un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultaţii la cabinet se ia în calcul o medie de 20 de consultaţii/zi calculata în cadrul unui trimestru, dar nu mai mult de 40 consultaţii/zi, cu condiţia asigurării continuităţii acordării asistenţei medicale pe întreg parcursul trimestrului.

- maxim 3 consultaţii la domiciliu/zi dar nu mai mult de 20 consultaţii pe lună.

c) Serviciile cuprinse la cap. I, cap. II şi cap. III lit. A, lit. B pct. 1, pct. 2 lit. a) şi b) şi pct. 3 - 6, lit. C, lit. E şi G - numai consultaţia pentru care s-a eliberat certificatul constatator de deces din anexa 1 la ordin sunt incluse în plata pe serviciu medical.

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

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

b) investigaţiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanţă cu diagnosticul, care se consemnează în fişa de consultaţie/în registrul de consultaţie, după caz, şi în biletul de trimitere;

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

d) în unităţile de învăţământ în care nu există medic şcolar sau în centrele de vaccinări, pentru acele vaccinuri care se livrează în fiole cu mai multe doze individuale imunizările se efectuează de medicii de familie desemnaţi la începutul anului de direcţiile de sănătate publică şi comunicaţi caselor de asigurări de sănătate, care răspund atât de efectuarea inoculărilor, cât şi de verificarea stării de sănătate a persoanelor care trebuie imunizate. Medicii care au efectuat imunizările sunt obligaţi să raporteze nominal şi pe cod numeric personal (CNP) caselor de asigurări de sănătate şi direcţiilor de sănătate publică vaccinările efectuate. Raportarea către casele de asigurări de sănătate se face numai pentru ca acestea să informeze medicii de familie pe a căror listă se regăsesc persoanele imunizate despre efectuarea acestor servicii medicale, pentru a fi trecute în registrul propriu de vaccinări şi în carnetul de vaccinări, dar fără a fi raportate ca activitate proprie.

e) medicii de familie au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate; În aceste situaţii, medicii de familie nu eliberează bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

ART. 3 (1) Pentru perioadele de absenţă mai mari de 30 de zile lucrătoare, medicul de familie organizează preluarea activităţii sale medicale de către un alt medic de familie; în cazurile în care acesta este în imposibilitate de a organiza preluarea activităţii, casele de asigurări de sănătate numesc un înlocuitor, cu avizul direcţiilor de sănătate publică. În ambele situaţii medicul înlocuitor trebuie să aibă licenţă de înlocuire temporară, iar preluarea activităţii se face pe bază de convenţie de înlocuire. Licenţa de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înştiinţarea în scris a casei de asigurări de sănătate şi a direcţiei de sănătate publică. Pentru asigurarea condiţiilor în vederea preluării activităţii unui medic de familie de către alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispoziţie medicilor de familie listele cu medicii de familie fără obligaţii contractuale aflaţi în evidenţa acestora, cum este şi cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condiţiile legii.

În situaţia în care nu este disponibil un medic fără obligaţii contractuale confirmate de către consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, se poate prelua activitatea şi de către medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu prelungirea corespunzătoare a programului de activitate al medicului înlocuitor, reprezentând cel puţin ½ din programul de activitate al medicului înlocuit.

(2) Perioadele de absenţă motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lehuzie, concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului până la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani, vacanţă pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare pe an calendaristic, studii medicale de specialitate şi rezidenţiat în specialitatea medicina de familie, perioadă cât ocupă funcţii de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soţi îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizaţie internaţională în străinătate.

Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din situaţiile menţionate mai sus, cu excepţia perioadei de vacanţă, să depună la sediul casei de asigurări de sănătate, documentul justificativ care atestă motivul absenţei.

(3) Pentru perioade de absenţă mai mici de 30 de zile lucrătoare, înlocuirea medicului absent se poate face şi pe bază de reciprocitate între medici, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-şi programul de lucru cu cel puţin ½ din programul de activitate al

medicului înlocuit. Pentru situaţiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune anterior perioadei de absenţă, la casa de asigurări de sănătate, un exemplar al convenţiei de reciprocitate şi va afişa la cabinetul medical numele şi programul medicului înlocuitor, precum şi adresa cabinetului unde îşi desfăşoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an calendaristic.

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

În desfăşurarea activităţii, medicul angajat utilizează parafa proprie, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul angajat îşi desfăşoară activitatea, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical.

(5) Suma cuvenită prin plata "per capita" şi pe serviciu medical aferentă perioadei de absenţă se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului contractului urmând ca în convenţia de înlocuire să se stipuleze în mod obligatoriu condiţiile de plată a medicului înlocuitor sau în contul medicului înlocuitor, după caz.

(6) Medicul înlocuitor va îndeplini toate obligaţiile 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 convenţie de înlocuire cu medicul înlocuitor pentru perioade de absenţă mai mici de două luni/an, conform anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condiţiile de înlocuire.

(2) Convenţia de înlocuire se încheie între casele de asigurări de sănătate şi medicul înlocuitor agreat de medicul înlocuit, pentru perioade de absenţă mai mari de 2 luni/an sau când medicul înlocuit se află în imposibilitate de a încheia convenţie cu medicul înlocuitor, conform anexei nr. 5 la ordin.

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

(4) În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul înlocuitor îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

ART. 5 (1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfăşoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare. Medicii angajaţi nu au listă de persoane înscrise proprie şi nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, a unor materiale sanitare se face folosindu-se formularul-tip cu ştampila cabinetului şi parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) În cazul cabinetelor medicale individuale care au medic angajat/medici angajaţi, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajaţi se poate desfăşura în afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent cu acesta. Activitatea medicilor angajaţi în cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale în vigoare

referitoare la serviciile cuprinse în plata de serviciu se raportează la casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal al cabinetului medical individual, conform programului de activitate declarat pentru medicul angajat. Programul de activitate al medicului titular cât şi cel al medicului angajat/medicilor angajaţi trebuie să se încadreze în programul de activitate al cabinetului medical individual conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 6 (1) Medicii de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraş, comună) - încheie cu casa de asigurări de sănătate o convenţie de furnizare de servicii medicale pe o perioadă de maximum 3 luni - perioadă considerată necesară pentru înscrierea persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii în lista proprie, în care se prevăd obligaţiile şi drepturile furnizorului de servicii medicale, potrivit anexei nr. 6 la ordin.

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

(3) În cazul în care medicul care a încheiat o convenţie potrivit alin. (1) nu reuşeşte să înscrie pe lista proprie, în termenul prevăzut, numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi 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 şi-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligaţia din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni, în condiţiile art. 23 alin. (6) din Contractul-cadru.

(4) Medicul de familie nou-venit într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraş, comună) - într-un cabinet medical deja existent, conform art. 32 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, încheie cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale, conform anexei nr. 3 la ordin.

ART. 7 Pentru stabilirea valorii unui punct "per capita" şi a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical, fondul aferent asistenţei medicale primare la nivel naţional pentru anul 2012 are următoarea structură:

1. 50% pentru plata "per capita" şi 50% pentru plata pe serviciu, după ce s-au reţinut sumele ce rezultă potrivit pct. 2;

2. Venitul cabinetelor medicale în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraş, comună), pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei şi pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate este format din:

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

b) suma pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, egală cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) înmulţit cu 1,5.

ART. 8 Pentru calculul trimestrial al valorii definitive a unui punct pe serviciu, fondul anual aferent asistenţei medicale primare se defalchează pe trimestre.

ART. 9 (1) Valoarea punctului "per capita", unică pe ţară, este în valoare de 3 lei, valabilă pentru luna iunie şi trimestrul III 2011 anul 2012. Pentru trimestrul IV 2011 valoarea punctului "per capita" va fi prevăzută în norme şi se calculează în funcţie de fondurile aprobate cu această destinaţie care să asigure valoarea punctului "per capita" din trimestrul III 2011.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe ţară, pentru anul 2012 este în valoare de 1,8 lei.

(3) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu medical se stabileşte trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv pentru plata pe serviciu a medicilor de familie şi numărul de puncte pe serviciu medical efectiv realizate cu respectarea condiţiilor prevăzute la art. 1 alin. (3), şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu, unică pe ţară 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.

(4) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu medical se determină astfel:

Fondul aferent asistenţei medicale primare pentru trimestrul respectiv, din care se scade suma pentru plata per capita precum şi venitul cabinetelor medicale în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 10 (1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulţirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate şi a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea 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 înmulţirea numărului de puncte "per capita" şi a numărului de puncte pe serviciu medical efectiv realizate în trimestrul respectiv cu valoarea punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical.

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

ART. 12 Persoanele înscrise care doresc să îşi schimbe medicul de familie vor adresa o cerere de transfer, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă. Medicul de familie primitor are obligaţia să anunţe în scris (prin poştă), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligaţia să transmită fişa medicală în copie certificată prin semnătură şi parafă că este conform cu originalul, prin poştă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează originalul fişei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.

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

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârşitul anului, astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat, în plus sau în minus faţă de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior, se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea punctului "per capita" şi la valoarea definitivă a punctului 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 şi implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv. În situaţia în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează conform legii.

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

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

ART. 15 (1) În aplicarea art. 39 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înţelege absenţa nemotivată de la programul de lucru afişat pentru activitatea desfăşurată în cabinetul medical.

(2) Absenţa motivată se ia în considerare pentru situaţiile prevăzute la art. 3 alin. (2), precum şi pentru următoarele situaţii: citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective, cu condiţia numirii unui înlocuitor pe bază de convenţie de reciprocitate sau convenţie de înlocuire, ale cărui număr de telefon şi adresă vor fi afişate la cabinetul medical, precum şi în cazul participării la manifestări organizate pentru obţinerea de credite EMC, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către CMR. Pentru aceste situaţii 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 absenţă prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajaţi.

ART. 16 Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistenţa medicală primară, care au competenţa şi dotarea necesară, ecografii generale (abdomen şi pelvis), la tarifele şi în condiţiile asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile paraclinice.

Medicii de familie pot efectua aceste servicii numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârşitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenţie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografii generale numai dacă au obţinut competenţă confirmată prin ordin al ministrului sănătăţii.

Numărul de investigaţii paraclinice contractat este orientativ, cu obligaţia încadrării în valoarea contractată.

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

ART. 17 (1) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul urban, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înfiinţării unui punct de lucru rezultat prin preluarea unui praxis nu pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înfiinţării unui punct de lucru în mediul urban rezultat prin preluarea unui praxis, nu pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 18 Medicii de familie aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate acordă servicii medicale pe baza unei programări, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ANEXA 2 A

CERERE DE TRANSFER
- model -

Nr. înregistrare VIZAT*),
_____/_____
Unitatea sanitară .....
CUI .....
Sediu (localitate, str. nr.) .....
.....
Casa de Asigurări .....
Nr. contract/convenţie .....
Medic de familie .....
(semnătură şi parafă)

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a) _____, cetăţenie _____, C.N.P. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, data naşterii _____, domiciliat(ă) în _____ str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. ____, ap. _____, jud./sector _____, act de identitate _____, seria _____, nr. _____, eliberat de _____, la data _____, telefon _____, solicit înscrierea mea pe lista dumneavoastră prin transfer de la medicul de familie _____ din unitatea sanitară _____ str. _____ nr. _____ jud./sector _____

Declar pe propria răspundere că nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere.

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare (se va bifa numai de către persoanele asigurate).

Răspund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: / / Semnătura:

Domnului/Doamnei Doctor

---

*) Se completează cu datele unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită transferul, respectiv semnătura şi parafa acestuia.

ANEXA 2 B

Furnizor de servicii medicale .....
Sediul social/Adresa fiscală .....

DECLARAŢIE

Subsemnatul(a)*1 ..... legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că datele de identificare a persoanelor înscrise pe lista cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru anul 2011 este valabilă şi conformă cu evidenţele proprii existente la data de*2 .....

Subsemnatul(a)*3 ..... legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere, că datele de identificare a persoanelor înscrise pe lista/listele cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru anul 2011 este valabilă şi conformă cu evidenţele proprii existente la data de*4 ....., pentru următorii medici de familie:
.....

NOTĂ:
*1 Pentru cabinetele medicale individuale
*2, *4 Se va trece data la care a încetat termenul de valabilitate a contractului anterior
*3 Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:
- cabinet asociat sau grupat
- societate civilă medicală
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înfiinţată potrivit Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare
- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie

Data	Reprezentant legal
.....	(semnătura şi ştampila

ANEXA 3
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

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

și

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

- cabinet individual ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin medicul titular .....
- cabinet asociat sau grupat ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin medicul delegat .....
- societate civilă medicală ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentată prin administratorul .....
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare ....., reprezentată prin .....,
- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin .....

având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail ....., și sediul punctului secundar de lucru în localitatea ....., str. ..... nr. ..., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail .....,

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 anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

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 nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al

Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, după caz precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

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

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

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

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2012.

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 anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, 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 nominală a acestora, cuprinzând denumirea fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

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

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de

asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

h) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor "per capita" și per serviciu, prin afișare atât 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, precum și numărul total național de puncte realizate atât "per capita", cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

i) să țină evidența distinctă a persoanelor asigurate 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 Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și a Casei Asigurărilor 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 Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât și în format electronic. Pentru persoanele asigurate care se află în evidența caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și care sunt înscrise 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 Asigurărilor 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 cu privire la dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun;

k) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale,

medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

l) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

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

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

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

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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

2. să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; 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;

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

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

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

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

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. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de transfer, conform modelului și condițiilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

8. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

9. să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii, sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital, recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este cel stabilit în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare

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

10. să asigure utilizarea formularului 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 cu și fără contribuție personală, de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

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

12. să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

13. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

14. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în mod distinct pentru asiguraţi, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistenţă medicală pentru accidente de muncă şi boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului 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 CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, după caz precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

15. să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

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

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

18. a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

19. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

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

21. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

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

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

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

25. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

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

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

28. să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, după caz, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

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

31. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

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

33. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situații furnizorii de

servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

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

35. să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010și să raporteze această evidență casei de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista, cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici.

36. în cazul încetării/rezilierii contractului/convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul/convenția încheiat(ă) cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe casa de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicul/medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor și care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

38. să recomande asiguraților tratamentul adecvat și eficient, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.

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

40. să informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, în condițiile legii;

41. să efectueze și să raporteze vaccinările obligatorii prevăzute în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății;

42. să informeze părinții asupra vaccinărilor și tipurilor de vaccinuri acordate în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății; în cazul în care medicul recomandă părintelui efectuarea unui alt tip de vaccin decât cel asigurat în cadrul Programului național de imunizare, acesta are obligația de a solicita consimțământul informat al părintelui pentru utilizarea, respectiv administrarea vaccinului recomandat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

43. să asigure realizarea altor vaccinări recomandate și reglementate de Ministerul Sănătății ca acțiuni prioritare de sănătate publică;

44. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale;

serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalități de plată

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

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

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

1.2. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraș, comună)

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare:

DA/NU .....

1.3. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraș, comună)

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, 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 nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare: de la ..... până la .....

1.4. Valoarea punctului "per capita", unică pe țară, este în valoare de 3 lei, valabilă pentru anul 2012.

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 nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, se ajustează în raport:

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

b) cu gradul profesional:

- medic primar .....%

- medic care nu a promovat un examen de specialitate .....%

---

*) Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervației biosferei Delta Dunării, se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obținut potrivit Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …….; în condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

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

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

Nr. puncte 2.200
per capita = număr de puncte realizate x ----------
de decontat Număr persoane asigurate înscrise

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

Nr. puncte 2.200
per capita = număr de puncte realizate x ----------
de decontat Număr persoane asigurate înscrise
la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:
(număr de asigurați înscriși - 2.200)
Nr. puncte = număr de puncte x ---------- x 0,5
per capita realizate număr persoane asigurate înscrise
de decontat

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

Nr. puncte 2.200
per capita = număr de puncte realizate x ----------
de decontat Număr persoane asigurate înscrise
la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:
Nr. puncte număr de (4.000 - 2.200)
per capita = puncte realizate x ---------- x 0,5
de decontat Număr persoane asigurate înscrise

d) În situația în care cabinetul medical se află într-o zonă/unitate administrativ-teritorială, cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

Nr. puncte 2.200
per capita = număr de puncte realizate x ----------
de decontat Număr persoane asigurate înscrise
la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:
(număr de asigurați înscriși - 2.200)
Nr. puncte = număr de puncte x ---------- x 0,5
per capita realizate număr persoane asigurate înscrise
de decontat

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare:

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 nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară în valoare de 1,8 lei.

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

a) Medic de familie

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Program de lucru .....

Medic de familie angajat*)

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Program de lucru .....

---

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

2. .....

b) Medic de familie

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Program de lucru .....

Medic de familie angajat*)

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Program de lucru .....

---

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

2. .....

c) .....

ART. 9 (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate

cu această destinație, la valoarea pentru un punct "per capita" respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

(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 pe serviciu medical.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 7 pct. 9, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate, cu 10%;

(4) În cazul în care, în derularea contractului, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 35, 37, 39, 41, 42 și 43 se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, cu 10%.

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată, 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 - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

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

(7) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (3), (4) și (5) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (3), (4) și (5) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (3), (4) și (5) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

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

VIII. Răspunderea contractuală

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

IX. Clauză specială

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

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să 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. 13 Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

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

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

f) odată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 9 alin. (3) și (4) pentru oricare situație, precum și o dată cu prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 9 alin. (5).

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

i) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în vederea decontării și cele 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, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora.

ART. 14 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, sau în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 15 alin. (1) lit. d), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, se poate face printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor înscrise la un medic de familie se menține timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administrativ-teritorială/zonă de către comisia constituită conform art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, pentru situațiile în care se justifică această decizie.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) 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;

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

c) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată despre decizia Colegiului teritorial al Medicilor, de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului, aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate și care se află în această situație.

d) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 8, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fond, constată de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 16 Situațiile prevăzute la art. 13 și la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, a5 și lit. f) 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 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 și lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

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 Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

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.

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 legate de încheiere, derularea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Președinte - director general,	Reprezentant legal,
....	

Director executiv al
Direcției economice,
.....

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

Vizat
Juridic, Contencios
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....,
- cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
- dovada de evaluare a unității sanitare nr. .....,
- dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr. .....,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici și personalul mediu sanitar,
- programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru,
- programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar,
- lista, pe suport de hârtie și în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou veniți și numai în format electronic pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent,
- declarație pe propria răspundere privind corectitudinea datelor de identificare ale persoanelor înscrise pe listă la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia/acestora, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare,
- lista bolnavilor cu afecțiunile cronice conform evidenței organizate la nivelul cabinetului.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

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

ANEXA 4
- model

Vizat
Casa de Asigurări de Sănătate .....

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

I. Părțile convenției de înlocuire:

```
  Dr. ...............................,
             (numele și prenumele)
reprezentant legal al cabinetului medical ................................, cu
sediul în municipiul/orașul ............., str. ................. nr. ...., bl.
...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județ/sector ..........., telefon: fix,
mobil, ............. adresa de e-mail ............... 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 de
identificare fiscală - cod unic de înregistrare ............. sau codul numeric
personal al reprezentantului legal ......................
  Medicul înlocuit .........................
                    (numele și prenumele)
  și
  Medic înlocuitor .........................,
                    (numele și prenumele)
  Codul de parafă ..........................
  Codul numeric personal ...................
  cu Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr. ................
```

II. Obiectul convenției:

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

2. Prezenta convenție se depune la casa de asigurări de sănătate odată cu înregistrarea primei perioade de absență în cadrul derulării contractului și se actualizează, după caz.

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 calendaristic .....

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.

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

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Venitul "per capita" și pe serviciu medical 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.

ANEXA 5
- model

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: fix, mobil ..... adresa de e-mail ..... 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 de identificare fiscală - cod unic de înregistrare ....., al cărui reprezentant legal este: .....,

(numele și prenumele)

având codul numeric personal nr. .....

și

Medic înlocuitor .....,

(numele și prenumele)

Codul de parafă .....

Codul numeric personal .....

Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr. .....

II. Obiectul convenției

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

III. Motivele absenței:

1. incapacitate temporară de muncă, care depășește două luni/an .....
2. concediu de sarcină sau 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 .....
7. concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani

IV. Locul de desfășurare a activității

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

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

V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

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

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

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Veniturile "per capita" și pe serviciu 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                Medicul înlocuitor,
Preşedinte - director general,              ....................
..............................
Director executiv al Direcţiei economice         De acord,
.......................................    Reprezentant legal al
                                           cabinetului medical**)
                                           .......................
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
...................................................
Vizat
Juridic, Contencios
```

---

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

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

ANEXA 6

CONVENȚIE DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

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

și

Unitatea sanitară de asistență medicală primară ....., cu sau fără punct de lucru secundar ....., reprezentată prin .....,

având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul ....., telefon ....., și sediul punctului de lucru secundar în comuna ....., str. ..... nr. ..., telefon: fix/mobil ....., adresă de e-mail .....,

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 anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetele de servicii medicale prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, 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 convențiilor, prin afișare pe pagina web și la sediul propriu, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze medicilor de familie nou-veniți în sistemul de asigurări sociale de sănătate, la termenele prevăzute în convenție, pe baza facturii însoțite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat

de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, venitul, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

c) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, furnizorul de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web proprii precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare, notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 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 furnizorul de servicii medicale cu privire la condițiile de încheiere a convențiilor și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative prin publicare pe pagina web proprii;

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

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

i) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

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

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

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

ART. 5 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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

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

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

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

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

6. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a convenției, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

7. să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii, sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală iar la externarea din spital, recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este cel stabilit în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

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

8. să asigure utilizarea formularului 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 de care beneficiază asigurații corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

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

10. să informeze asigurații cu privire la 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 casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

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

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

15. a) să respecte programul de lucru și să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, program asumat prin prezenta convenție și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării convenției.

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

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

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

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

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

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

22. să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

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

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

25. să asigure acordarea asistenței medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, după caz, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

27. să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, atât pe suport de hârtie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în mod distinct pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, după caz 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 acordate pe teritoriul României;

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

29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

30. să întocmească bilet de trimitere, către societăți de turism balnear și de recuperare, și să consemneze în acest bilet sau să atașeze în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care se face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a

rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

31. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situații furnizorul de servicii medicale nu are dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate;

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

33. să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și să raporteze această evidență la casa de asigurări de sănătate, la sfârșitul primei luni - lista cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici;

34. în cazul încetării/rezilierii convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe casa de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicul/medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor și care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

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

36. să recomande asiguraților tratamentul adecvat și eficient, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

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

38. să își constituie o listă proprie cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale și să comunice lunar casei de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora le-a acordat servicii medicale;

39. să informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, în condițiile legii;

40. să efectueze și să raporteze vaccinările obligatorii prevăzute în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății;

41. să informeze părinții asupra vaccinărilor și tipurilor de vaccinuri acordate în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății; în cazul în care medicul recomandă părintelui efectuarea unui alt tip de vaccin decât cel asigurat în cadrul Programului național de imunizări, acesta are obligația de a solicita consimțământul informat al părintelui pentru utilizarea, respectiv administrarea vaccinului recomandat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

42. să asigure realizarea altor vaccinări recomandate și reglementate de Ministerul Sănătății ca acțiuni prioritare de sănătate publică;

43. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalități de plată

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

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

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut de medic, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

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

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 ..... pe baza facturii și a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de .....

b) Medic de familie nou-venit

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă a medicului .....

Program de lucru .....

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

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

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

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

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

c) .....

.....

ART. 7 (1) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezenta convenție precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului, fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 5 pct. 7 se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% suma stabilită conform art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate.

(2) În cazul în care, în derularea convenției, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 5 pct. 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 33, 35, 37, 38, 40, 41 și 42, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează suma stabilită conform art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care se înregistrează aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea convenției se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform convenției nu au fost efectuate, la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită conform art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care se înregistrează aceste situații.

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

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1), (2) și (3) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1), (2) și (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) și (3) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

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

VIII. Răspunderea contractuală

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

IX. Clauză specială

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

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

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

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea convenției

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

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

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

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

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

e) odată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 7 alin. (1) și (2) pentru oricare situație, precum și odată cu prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 7 alin. (3);

f) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în convenție prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale;

în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, convenția se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) 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 toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate și cele 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, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

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

ART. 12 (1) Convenția de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală sau în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei cu care de află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) 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 anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a convenției în condițiile art. 13 alin. (1) lit. d) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care convenția dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării convenției.

(3) În cazul în care convenția dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din convenție a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării convenției.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care convenția/contractul încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

ART. 13 (1) Convenția se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) 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 convenției;

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

c) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată despre decizia Colegiului teritorial al Medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; 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;

d) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c), din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației de la art. 5 pct. 6, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a convenției; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform convențiilor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 14 Situațiile prevăzute la art. 11 și la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a2), a3), a4) și a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a1) și d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

XI. Corespondența

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

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

XII. Modificarea convenției

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 18 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezenta convenție vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

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	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Președinte - director general,	Reprezentant legal,
....	

Director executiv al Direcției economice

.....

Director executiv al Direcției relații contractuale,

.....

Vizat

Juridic, Contencios

ANEXA 1 la convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....,
- cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare .....,

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada de evaluare a unității sanitare nr. .....,
- dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr. .....,
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici și personalul mediu sanitar,
- programul de activitate al cabinetului și al punctului de lucru,
- programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar;

Documentele necesare încheierii convenției, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

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

ANEXA 7

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică și balneologie, paraclinice și de medicină dentară

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

A. Pachetul minimal de servicii medicale

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

b) Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumptiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din Anexa nr.1 la H.G. nr.1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asiguraţii beneficiază de indemnizație pentru capacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare

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

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

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

NOTA 4: Consultația prevăzută la lit. a), 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.

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

a) serviciile cuprinse la lit. A «Pachetul minimal de servicii medicale»;

b) servicii medicale curative:

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

Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 4 consultații pentru același episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 4 consultații se poate acorda cumulat atât la nivelul medicului de familie, cât și la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum 3 consultații sau poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru același episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor

medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 3. Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate;

- dacă medicul de familie a acordat două consultații, medicul de specialitate mai poate acorda două consultații sau poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru același episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 2.

Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate.

NOTA 1: Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 4 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută/subacută.

NOTA 2:În situațiile în care la prima consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute/subacute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 4.

NOTA 3: În situația în care în derularea unui episod de boală acută/subacută după prima, respectiv a doua consultație apare o altă afecțiune acută/subacută, numărul consultațiilor este maximum 5 , respectiv 6.

NOTA 4: În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute/subacute pentru care pacientul s-a prezentat inițial.

C. Pachetul de servicii medicale de bază

C1. Consultația medicală de specialitate

Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală (contract sau convenție) cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare cazurile de urgență medico-chirurgicală și consultațiile pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, respectiv cele din anexa nr. 39 A la ordin, serviciile de medicină dentară, precum și serviciile de acupunctură, homeopatie, fitoterapie și planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a acestuia, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății nu se solicită bilet de trimitere decât pentru consultațiile și serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua și a treia consultație în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

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

Consultația medicală de specialitate cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a

analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare.

NOTA I: pentru cazurile acute/subacute

1. Pentru același episod de boală acută/subacută, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 4 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 4 consultații se poate acorda cumulat atât la nivelul medicului de familie, cât și la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum 3 consultații sau poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru același episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 3. Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate;
- dacă medicul de familie a acordat două consultații, medicul de specialitate mai poate acorda două consultații sau poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel încât numărul maxim de consultații pentru același episod de boală acută/subacută la nivelul tuturor medicilor de specialitate din ambulatoriul clinic să fie 2.

Pe biletul de trimitere se va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate.

Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 4 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută/subacută.

În situațiile în care la prima consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute/subacute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 4.

În situația în care în derularea unui episod de boală acută/subacută după prima, respectiv a doua consultație apare o altă afecțiune acută/subacută, numărul consultațiilor este maximum 5, respectiv 6.

În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute/subacute pentru care pacientul s-a prezentat inițial.

2. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultații pentru cazurile cu diagnostic deja confirmat, la externare, sau pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu.

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

- pentru efectuarea unor manevre terapeutice sau administrarea unor tratamente stabilite de medic cu ocazia consultațiilor acordate pacientului pentru stabilirea diagnosticului, atunci când este necesară prezentarea repetată a pacientului la cabinet;
- la externare, inclusiv după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, manevre chirurgicale minore și scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

Medicul de specialitate are obligația de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit inițial precum și orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.

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

NOTA II: pentru asiguraţii cu afecţiuni cronice

1. Pentru evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice, o consultație și prescripția/prescripțiile medicale aferente, trimestrial sau lunar.

2. Pentru evaluarea clinică și paraclinică a bolnavilor cu afecțiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează o consultație/trimestru pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice și prescripția/prescripțiile medicale aferente consultației, dacă acesta, în trimestrul respectiv, nu a beneficiat de nicio consultație în condițiile prevăzute la pct. 1.

3. Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, prevăzute în anexa nr. 39 A la ordin, acesta va organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Evidența acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare;
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri

4. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultații pentru cazurile cu diagnostic deja confirmat, la externare, sau pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu.

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

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

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

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

Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată și rezolvată la nivelul cabinetului.

NOTA IV Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumptiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din Anexa nr.1 la H.G. nr.1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asiguraţii beneficiază de indemnizație pentru capacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare.

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

Numărul de puncte pe consultație, valabil pentru pachetele de servicii:

	Număr puncte pentru specialități medicale	Număr puncte pentru specialități chirurgicale
a. Consultația copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	16,2 puncte	17,25 puncte
b. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	32,40 puncte	-
c. Consultația peste vârsta de 4 ani	10,8 puncte	11,5 puncte
d. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică peste vârsta de 4 ani	21,6 puncte	-
e. Consultația de fitoterapie, homeopatie, planificare familială	10,8 puncte	-
f. Consultația de neurologie a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	21,6 puncte	-
g. Consultația de neurologie peste vârsta de 4 ani	14,4 puncte	-

Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei (de exemplu: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa peste 4 ani). Pentru persoanele cu vârsta de 60 de ani și peste, numărul de puncte corespunzător consultației se majorează cu 2 puncte.

C2. Specialitățile clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic și serviciile diagnostice și terapeutice (numai pentru pachetul de servicii medicale de bază) pentru care plata serviciilor medicale se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte:

I. Specialități clinice:

Nr. crt.	
1.	Alergologie și imunologie clinică
2.	Boli infecțioase
3.	Cardiologie
4.	Chirurgie cardiovasculară
5.	Chirurgie generală
6.	Chirurgie pediatrică
7.	Chirurgie plastică și microchirurgie reconstructivă
8.	Chirurgie toracică
9.	Dermatovenerologie
10.	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
11.	Endocrinologie
12.	Gastroenterologie
13.	Genetică medicală
14.	Geriatrie și gerontologie
15.	Hematologie

16.	Medicină internă
17.	Nefrologie
18.	Neonatologie
19.	Neurochirurgie
20.	Neurologie
21.	Neurologie pediatrică
22.	Oncologie medicală
23.	Obstetrică-ginecologie
24.	Oftalmologie
25.	Otorinolaringologie
26.	Ortopedie și traumatologie (inclusiv pediatrică)
27.	Pediatrie
28.	Pneumologie
29.	Psihiatrie
30.	Psihiatrie pediatrică
31.	Reumatologie
32.	Urologie
33.	Chirurgie vasculară
34.	Radioterapia*) *) Numai ca și consultație de control, maxim 1 la 3 luni pentru pacienții care au beneficiat de radioterapie
35.	Chirurgie orală și maxilo-facială**) **) Nu se raportează în vederea decontării consultațiile și serviciile medicale pentru chirurgia dento-alveolară

II. Serviciile diagnostice simple și complexe și serviciile terapeutice/tratamente chirurgicale și medicale:

	1. Servicii diagnostice simple: - punctajul aferent acestor servicii este de 11 puncte/procedură
1.1.	Biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia
1.2.	Biometrie
1.3.	Explorarea câmpului vizual (perimetrie)
1.4.	Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau
1.5.	Examen electromiografic
1.6.	Examen electroneurografic
1.7.	EEG standard
1.8.	EKG de efort
1.9.	Spirometrie
1.10.	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
1.11.	Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ);
1.12.	Teste de provocare nazală, oculară, bronșică;
1.13.	Teste cutanate cu agenți fizici (maximum 4 teste)
1.14.	Osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete
1.15.	Audiograma tonală liminară
1.16.	Audiograma vocală

	2. Servicii diagnostice complexe: - punctajul aferent acestor servicii este de 17 puncte/procedură
2.1.	Colonoscopie
2.2.	Determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmometrie
2.3.	Examen fibroscopic nas, cavum, laringe
2.4.	Explorarea funcției binoculare (test Worth, Maddox, sinoptofor) examen pentru diplopie
2.5.	Foniatrie ORL
2.6.	Puncție-biopsie osoasă cu amprentă
2.7.	Puncție sinusală
2.8.	Puncție aspirat de măduvă osoasă
2.9.	Tonometrie; pahimetrie corneeană
2.10.	Uretroscopie ambulatorie
2.11.	Determinarea potențialelor evocate vizuale
2.12.	Determinarea potențialelor evocate de trunchi cerebral (auditive)
2.13.	Determinarea potențialelor evocate somatoestezice
2.14.	Bronhoscopia
2.15.	Examen electroencefalografic cu probe de stimulare și/sau mapping
2.16.	Examen ultrasonografic extracranian al aa Cervico-cerebrale (Doppler, echotomografie și tehnici derivate)
2.17.	Examen Doppler transcranian al vaselor cerebrale și tehnici derivate
2.18.	Endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden)
2.19.	Video - electroencefalografie
2.20.	EKG continuu (24 ore, Holter)
2.21.	Holter TA
	3. Servicii terapeutice/tratamente chirurgicale: - punctajul aferent acestor servicii este de 23 puncte/procedură
3.1.	Infiltrații peridurale
3.2.	Electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune
3.3.	Ablația unui polip sau fibrom cervical
3.4.	Bandare varice esofagiene
3.5.	Conizația cu ansă diatermică sau cu bisturiul
3.6.	Criocoagularea (crioaplicația) conjunctivală - transschelară
3.7.	Cură chirurgicală a othematomului
3.8.	Dilatația stricturii uretrale
3.9.	Extracție de corpi străini
3.10.	Extracție endoscopică corpi străini
3.11.	Extragere bronhoscopică de corpi străini din căile respiratorii
3.12.	Electrocauterizare sau cauterizarea mucoasei nazale
3.13.	Manevre de mică chirurgie pentru abces și/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetații vulvă, vagin, col
3.14.	Polipectomie endoscopică gastrică
3.15.	Polipectomie endoscopică rectosigmoidiană
3.16.	Polipectomie endoscopică colonică
3.17.	Secțiunea optică a stricturii uretrale
3.18.	Sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă;

3.19.	Terapia chirurgicală a abcesului de părți moi
3.20.	Terapia chirurgicală a abcesului perianal
3.21.	Terapia chirurgicală a abcesului pilonidal
3.22.	Terapia chirurgicală a adenoflegmonului
3.23.	Terapia chirurgicală a afecțiunilor mamare superficiale
3.24.	Terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%
3.25.	Terapia chirurgicală a degerăturilor (gr. I și gr. II)
3.26.	Terapia chirurgicală a edemului dur posttraumatic
3.27.	Terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)
3.28.	Terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos
3.29.	Terapia chirurgicală a flegmoanelor superficiale mână fără limfangită
3.30.	Terapia chirurgicală a flegmoanelor lojă tenară, hipotenară, comisurale, tenosinovitelor
3.31.	Terapia chirurgicală a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei
3.32.	Terapia chirurgicală a granulomului ombilical
3.33.	Terapia chirurgicală a hematomului
3.34.	Terapia chirurgicală a hidrosadenitei
3.35.	Terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenți chimici < 10%
3.36.	Terapia chirurgicală a panarițiului eritematos
3.37.	Terapia chirurgicală a panarițiului flictenular
3.38.	Terapia chirurgicală a panarițiului periunghial și subunghial
3.39.	Terapia chirurgicală a panarițiului antracoid
3.40.	Terapia chirurgicală a panarițiului pulpar
3.41.	Terapia chirurgicală a panarițiului osos, articular, tenosinoval
3.42.	Terapia chirurgicală a piciorului diabetic (polinevrită, supurații, microangiopatie)
3.43.	Terapia chirurgicală a polipului rectal procident (extirpare)
3.44.	Terapia chirurgicală a seromului posttraumatic
3.45.	Terapia chirurgicală a supurațiilor postoperatorii
3.46.	Terapia chirurgicală a supurațiilor mamare profunde
3.47.	Terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate
3.48.	Terapia chirurgicală a tumorii scalpului, simplă
3.49.	Terapia chirurgicală a tumorilor simple ale buzei
3.50.	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)
3.51.	Tratamentul chirurgical al pingueculei
3.52.	Tratamentul chirurgical al pterigionului
3.53.	Tratamentul hemartrozei, hidartrozei; retușuri de bont.
3.54.	Tratamentul plăgilor, necroze cutanate, escare, dehiscențe plăgi
3.55.	Terapie chirurgicală (inclusiv anestezia) pentru leziuni traumatice, abcese, hematoame organe genitale masculine
3.56.	Tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial (anestezie, excizie, sutură inclusiv îndepărtarea firelor, pansament).
3.57.	Tratament chirurgical al sinechiei septo-turbinare

3.58.	Tratament chirurgical ORL colecție: sept, flegmon, periamigdalian, furunculul CAE
3.59.	Tratament chirurgical al traumatismelor ORL
	4. Servicii terapeutice/tratamente medicale - punctajul aferent acestor servicii este de 13 puncte/procedură
4.1.	Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen local
4.2.	Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen generală
4.3.	Injectare subconjunctivală, retrobulbară de medicamente
4.4.	Tratament cu laser al polului posterior
4.5.	Tratamentul cu laser al polului anterior
4.6.	Aerosoli/caz
4.7.	Crioterapia/ședință
4.8.	Imunoterapie specifică cu vaccinuri alergenice standardizate
4.9.	Psihoterapie individuală (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adictii);
4.10.	Psihoterapie de grup (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adictii);
4.11	Consiliere psihiatrică nespecifică pentru pacient
4.12	Blocaje nervi periferici
4.13.	Blocaje chimice pentru spasticitate (alcool, fenol, toxină botulinică)
4.14	Cateterismul uretrovezical "a demeure" pentru retenție completă de urină
4.15	Fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate (nev pigmentar congenital, macule)
4.16	Tamponament posterior și/sau anterior ORL
	Tratamente ortopedice medicale
4.17	Tratamentul ortopedic al luxației, entorsei sau fracturii antebrațului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange.
4.18	Tratamentul ortopedic al entorsei sau luxației patelei, umărului; disjuncție acromio-claviculară; fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară.
4.19	Tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxației, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare.
4.20	Tratament în displazia luxantă a șoldului în primele 6 luni de viață
4.21	Tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viață
4.22	Tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg.
4.23	Puncții și infiltrații intraartriculare

NOTA 1: Serviciile de la pct. 3 se decontează de casele de asigurări de sănătate medicilor cu specialități chirurgicale care au dotarea necesară efectuării acestora, după caz, conform specialității/competențelor confirmate de Ministerul Sănătății.

Serviciile de la poz. 3.2, 3.19, 3.31, 3.36 - 3.39, 3.47, 3.48 și 3.56 pot fi raportate și de medicii cu specialitatea dermatovenerologie.

NOTA 2: Serviciile de la pct. 1, 2 și 4 se decontează de casele de asigurări de sănătate medicilor de specialitate care au dotarea necesară efectuării acestora, după caz, conform specialității/competențelor confirmate.

C3. Competențele/atestatele de studii complementare în baza cărora se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, sunt:

a) planificare familială,

b) fitoterapie,

c) homeopatie,

Pentru planificare familială, fitoterapie, homeopatie, tariful consultațiilor corespunzător punctajului prevăzut la punctul C1.

NOTĂ: Pentru serviciile de planificare familială se raportează 2 consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

Pentru fitoterapie și homeopatie, casele de asigurări de sănătate decontează maximum 2 consultații pentru fiecare caz/diagnostic.

C4. În baza competenței/atestatului de studii complementare în acupunctură se poate încheia contract de furnizare de servicii de acupunctură în ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Asigurații au dreptul la o consultație cu un tarif de 13 lei corespunzător pentru fiecare cură de tratament. Asigurații au dreptul la maximum 2 consultații/cure pe an calendaristic, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale.

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

C5. Servicii conexe actului medical pentru servicii conexe furnizate de psihologi și logopezi - pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate, cu următoarele specialități clinice:

- neurologie și neurologie pediatrică;
- otorinolaringologie;
- psihiatrie, psihiatrie pediatrică,
- precum și alte specialități clinice pentru boli cronice prevăzute în anexa 39 A lit. A și C pentru atingerea obiectivelor stabilite în planului terapeutic individualizat și consemnate în documentele medicale, astfel:

pentru punctul 1 lit. A din anexa nr. 39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate oncologie medicală și hematologie.

pentru punctul 2 lit. A din anexa nr. 39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice.

pentru punctele 3 și 4 lit. A din anexa nr. 39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate din ambulatoriul spitalelor clinice care monitorizează starea posttransplant și bolile rare.

Pentru litera C din anexa nr. 39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate de nefrologie.

Lista serviciilor conexe și punctele aferente acestora sunt:

a) Neurologie și Neurologie pediatrică

a1) serviciile conexe furnizate de psiholog:

Consiliere psihologică copii (numai la recomandarea

medicului cu specialitatea neurologie pediatrică)	19 puncte
Psihodiagnostic	19 puncte
a2) serviciile conexe furnizate de logoped:	
- consiliere (intervenție) logopedie	11 puncte
b) Otorinolaringologie:	
b1) serviciile conexe furnizate de psiholog:	
investigarea psihoacustică a vocii	6 puncte
psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene	9 puncte
b2) serviciile conexe furnizate de logoped:	
consiliere (intervenție)	11 puncte
exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință)	9 puncte
c) Psihiatrie, inclusiv pediatrică:	
c1) serviciile conexe furnizate de psiholog:	
consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică	4 puncte
psihodiagnostic	19 puncte
c2) serviciile conexe furnizate de logoped	
consiliere (intervenție)	11 puncte
d) serviciile conexe furnizate de psiholog, pentru bolile cronice din anexa 39A litera A și C:	
consiliere psihologică (adulți/copii)	19 puncte

NOTA 1: Medicii de specialitate din specialitățile clinice pot efectua ecografii cuprinse în tabelul de la capitolul II ca o consecință a actului medical propriu, pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate, inclusiv de la medicul de familie, în limita competenței și a dotărilor necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 11 la ordin.

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

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

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

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

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
- Hematologie			
1.	2.8070	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, numărătoare reticulocite**), formulă leucocitară, indici eritrocitari*1)	13,06
2.	2.8030	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	17,35
3.	2.8100	VSH*1)	2,45
4.	2.8621	Timp Quick, activitate de protrombină*1)	6,73
5.	2.8603	INR*1) (International Normalised Ratio)	7,95
6.	2.8622	APTT	11,46
7.	2.8211	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO*1)	7,03
8.	2.8212	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh*1)	7,34
9.	2.8230	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă*1)	7,03
- Biochimie			
10.	2.1120	Uree serică*1)	5,46
11.	2.1130	Acid uric seric*1)	5,46
12.	2.1140	Creatinină serică*1), **)	5,52
13.	2.1510	Calciu ionic seric*1)	7,34
14.	2.1511	Calciu seric total*1)	5,00
15.	2.1570	Magneziemie*1)	5,00
16.	2.8390	Sideremie*1)	6,62
17.	2.1310	Glicemie*1)	5,35
18.	2.1420	Colesterol seric total*1)	5,35
19.	2.1404	Trigliceride serice*1)	6,56
20.	2.1441	HDL colesterol*1)	7,63
21.	2.1443	LDL*1)	7,17
22.	2.1020	Proteine totale serice*1)	6,56
23.	2.4600	TGO*1)	5,43

24.	2.4610	TGP*1)	5,46
25.	2.4720	Fosfatază alcalină*1)	7,26
26.	2.3210	Fibrinogenemie*1)	12,75
27.	2.4680	Gama GT	7,45
28.	2.1015	Bilirubină totală*1)	5,46
29.	2.1016	Bilirubină directă*1)	5,46
30.	2.4961	Electroforeza proteinelor serice*1)	14,16
31.	2.6021	VDRL*1)	5,12
32.	2.6022	RPR*1)	5,11
33.	2.6023	Confirmare TPHA*1), *4)	11,45
34.	2.1026	Hemoglobina glicozilată*5)	19,00
-	Imunologie		
35.	2.6250	ASLO*1)	10,70
36.	2.6692	Factor rheumatoid	8,70
37.	2.6691	Proteina C reactivă*1)	9,94
38.	2.6731	IgA, seric	13,76
39.	2.6732	IgE seric	13,32
40.	2.6733	IgM seric	14,07
41.	2.6734	IgG seric	13,76
42.	2430011	Complement seric C3	10,10
43.	2430012	Complement seric C4	10,10
44.	2.6206	Depistare Helicobacter Pylori	20,12
45.	2.5560	Testare HIV la gravidă*1)	31,02
46.	2.4060	TSH	19,10
47.	2.4040	FT4	19,41
48.	2.6392	Ag HBs (screening)*2)	29,03
49.	2.6201	Anti-HAV IgM*2)	38,19
50.	2.6204	Anti HCV*2)	60,48
51.	2.4321	FSH	22,20
52.	2.4322	LH	22,20
53.	2.4323	Estradiol	22,20
54.	2.4300	Cortizol	25,97
55.	2.4332	Progesteron	23,59
56.	2.4331	Prolactină	23,59

57.	2.43135	PSA -	21,50
58.	2.43136	free PSA	22,00
- Exudat faringian			
59.	2.5061	Cultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
- Analize de urină			
60.	2.3450	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1)	8,70
61.	2.5063	Urocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
62.	2.2200	Determinare glucoză urinară*1)	5,00
63.	2.2030	Determinare proteine urinare*1)	5,00
- Examene materii fecale			
64.	2.7120	Examen coproparazitologic (3 probe)*1)	11,61
65.	2.5064	Coprocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	21,17
- Examene din secreţii vaginale			
66.	2.5002	Examen microscopic	4,50
67.	2.9160	Examen Babeş-Papanicolau*1)	36,67
68.	2.5065	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
- Examene din secreţii uretrale, otice, nazale, conjunctivale şi puroi			
69.	2.5032	Examen microscopic/proba	4,50
70.	2.5066	Cultură, cultură germeni anaerobi (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)/proba	15.44
- Examen lichid puncţie			
71.	2.5033	Examen microscopic/frotiu	4,50
72.	2.5067	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
- Examinări histopatologice			
73.	2.9000	Piesă prelucrată la parafină	28,57
74.	2.9021	Bloc inclus la parafină cu diagnostic histopatologic	37,58
75.	2.9020	Diagnostic histopatologic pe lamă	16,96
76.	2.9010	Examen histopatologic cu coloraţii speciale	115,80
77.	2.9022	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină	30,50
78.	2.9023	Citodiagnostic secreţie vaginală	30,50
79.	2.9024	Examen citohormonal	28,27

80.	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncţie	30,50
81.	2.9030	Teste imunohistochimice*)	88,52/set
- Examinări radiologie, imagistică medicală şi explorări funcţionale			
82.	Ex. radiologic cranian standard 1 incidenţă*1)		11,96
83.	Ex. radiologic cranian în proiecţie specială*1)		16,22
84.	Ex. radiologic părţi schelet în 2 planuri*1)		15,41
85.	Ex. radiologic bazin*1)		15,90
86.	Radiografie de membre*1)		14,76
87.	Ex. radiologic centură scapulară*1)		15.90
88.	Ex. radiologic alte articulaţii fără substanţă de contrast sau funcţionale cu TV*1)		14,59
89.	Ex. radiologic părţi coloană dorsală*1)		19,51
90.	Ex. radiologic părţi coloană lombară*1)		19,51
91.	Ex. radiologic coloană vertebrală completă, fără coloana cervicală*1)		32,63
92.	Ex. radiologic coloana cervicală 1 incidenţă*1)		28,69
93.	Ex. radiologic torace ansamblu*1)		25,08
94.	Ex. radiologic torace osos (sau părţi) în mai multe planuri/Ex. radiologic torace şi organe toracice*1)		24,76
95.	Tomografia plană		52,15
96.	Ex. radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ*1)		15,41
97.	Ex. radiologic esofag ca serviciu independent		20,67
98.	Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanţă de contrast*1)		46,91
99.	Ex. radiologic tract digestiv până la regiunea ileo-cecală, cu substanţă de contrast		71,50
100.	Ex. radiologic colon dublu contrast sau intestin subţire pe sonda duodenală		82,82
101.	Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare		44,76
102.	Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanţă de contrast		188,99
103.	Cistografie de reflux cu substanţă de contrast		237,95
104.	Pielografie		229,57
105.	Ex. radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanţă de contrast		188,09
106.	Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanţă de contrast		191,05
107.	Ex. radiologic uter şi oviduct cu substanţă de contrast		259,73

108.	Radiografie retroalveolară	7,03
109.	Radiografie panoramică	25,08
110.	Osteodensitometrie segmentară/segment	24,00
111.	Scintigrafia: osoasă, renală, hepatică, tiroidiană, a căilor biliare, cardiacă	295,13
112.	CT craniu fără substanţă de contrast	87,72
113.	CT regiune gât fără substanţă de contrast	87,24
114.	CT regiune toracică fără substanţă de contrast	112,49
115.	CT abdomen fără substanţă de contrast	113,33
116.	CT pelvis fără substanţă de contrast	88,38
117.	CT coloană vertebrală fără substanţă de contrast/segment	47,06
118.	CT membre/membru fără substanţă de contrast	41,01
119.	CT craniu nativ şi cu substanţă de contrast	258,61
120.	CT regiune gât nativ şi cu substanţă de contrast	258,29
121.	CT regiune toracică nativ şi cu substanţă de contrast	280,42
122.	CT abdomen nativ şi cu substanţă de contrast adm. intravenos	265,37
123.	CT pelvis nativ şi cu substanţă de contrast adm. intravenos	265,65
124.	CT coloană vertebrală nativ şi cu substanţă de contrast adm. intravenos/segment	263,21
125.	CT membre nativ şi cu substanţă de contrast adm. intravenos/membru	264,51
126.	CT ureche internă	200,00
127.	Uro CT	250,00
128.	Angiografie CT membre	250,00
129.	Angiografie CT craniu	250,00
130.	Angiografie CT regiune cervicală	250,00
131.	Angiografie CT abdomen	250,00
132.	Angiografie CT pelvis	250,00
133.	Angiocoronarografie CT	500,00
134.	Colonoscopie virtuală CT	250,00
135.	Bronhoscopie virtuală CT	200,00
136.	RMN cranio-cerebral nativ	300,93
137.	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică etc.) nativ	300,93

138.	RMN abdominal nativ	300,93
139.	RMN pelvin nativ	300,93
140.	RMN extremităţi nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	300,93
141.	RMN umăr nativ	300,93
142.	RMN sâni nativ	300,93
143.	RMN umăr nativ şi cu subst. de contrast	471,46
144.	RMN sâni nativ şi cu subst. de contrast	471,46
145.	RMN cranio-cerebral nativ şi cu subst. de contrast	471,46
146.	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracală etc.) nativ şi cu substanţă de contrast	471,46
147.	RMN abdominal nativ şi cu substanţă de contrast	471,46
148.	RMN pelvin nativ şi cu substanţă de contrast	471,46
149.	RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu subst. contrast	471,46
150.	RMN cord cu substanţă de contrast	471,46
151.	Uro RMN cu substanţă de contrast	625,00
152.	Angiografia RMN trunchiuri supraaortice	201,95
153.	Angiografia RMN artere renale sau aorta	201,95
154.	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis etc.)	400,00
155.	Angiografia carotidiană cu substanţă de contrast	262,05
156.	Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	25,00
157.	Ecografie abdomen*1)	17,38
158.	Ecografie pelvis*1)	16,76
159.	Ecografie transvaginală	16,76
160.	Ecografie de vase (vene)	16,39
161.	Ecografie de vase (artere)	19,69
162.	Ecografie endocrină	16,39
163.	Ecografie fetală	22,57
164.	Ecografie transfontanelară	22,57
165.	Ecografie de organ/articulaţie/părţi moi	16,39
166.	Ecografie morfologică fetală (pentru gravide 20 - 23 săptămâni)	250,00
167.	Ecografie pentru translucenţa nucală (pentru gravide 11 - 13,6 săptămâni)	60,13
168.	Senologie imagistică - ecografie	16,39
169.	Ecocardiografie	27,38

170.	Ecocardiografie + Doppler	34,44
171.	Ecocardiografie + Doppler color	36,25
172.	Ecocardiografie transesofagiană	60,13
173.	EKG*1)	7,12
174.	Electrocardiografie continuă (24 de ore, Holter)	46,83
175.	Holter TA	23,20
176.	Mamografie în 2 planuri*1)/pentru un sân	27,56
177.	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanță de contrast	188,85
178.	Spirometrie*1)	14,30
179.	Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	15,00
180.	Peak-flowmetrie	2,63
181.	Determinarea indicelui de presiune glezna/brat, respectiv deget/brat*1)	5,42
182.	EEG standard	15,00
183.	Electromiografie	17,39
184.	Endoscopie gastro-duodenală*1)	23,77
184	Ergometrie	24,12
185.	Monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice	180,00

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

**) În condițiile în care se consemnează distinct de către medicul care a făcut recomandarea pentru hemoleucogramă.

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 contacții 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 în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, fără recomandarea medicului specialist sau de familie, pe răspunderea medicului de laborator.

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

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

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

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

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

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

NOTA 4:

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

a) Serviciile prevăzute la pozițiile: 160 - 161 și 169 – 171 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: cardiologie, medicină internă, neurologie, pediatrie, geriatrie și gerontologie cu competențe/supraspecializări/atestate de studii complementare corespunzătoare specialității; serviciul prevăzut la poziția 172 se decontează numai pentru medicii de specialitate cardiologie, în condițiile în care aceștia au competența și dotarea necesară;

b) Serviciile prevăzute la poziția 162 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;

d) Serviciile prevăzute la poziția 163 se decontează numai pentru medicii din specialitatea genetică medicală și obstetrică ginecologie cu competențe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

e) Serviciile prevăzute la poziția 164 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;

f) Serviciile prevăzute la poziția 158 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 168 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie;

h) Serviciile prevăzute la poziția 165 (ecografie de organ/de părți moi/de articulație) se decontează numai pentru medicii din specialitățile: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase, ortopedie și recuperare, medicină fizică și balneologie și reumatologie cu competențe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

i) serviciile prevăzute la pozițiile 166 și 167 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală;

j) Serviciile prevăzute la poziția 159 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice;

NOTA 5:

1. Pentru serviciile prevăzute la pozițiile: 83, 84, 86, 88, 89, 90, 108, 117, 118, 124, 125, 137, 140, 146, 149, 176, tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru, indiferent de numărul de incidențe recomandate și efectuate; în cazul explorării mai multor segmente/membre, se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;

2. Pentru serviciul prevăzut la poziția 110, tariful se referă la explorarea unui singur segment; casele de asigurări de sănătate vor deconta maximum 3 segmente/CNP/o dată pe an.

3. În cazul investigațiilor CT și RMN prevăzute în tabelul de la cap. II, efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani care necesită efectuarea anesteziei generale și implicit prezența unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora (prevăzute în tabelul de la cap. II se vor majora cu 10%. Pentru investigațiile CT și RMN prevăzute la pozițiile: 124, 117, 118, 125, 137, 140, 149, 146 la care tariful aferent prevăzut în tabelul de la pct. 1 se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru, în cazul examinării simultane a două sau mai multe segmente anatomice/membre, casele de asigurări de sănătate vor deconta majorarea de 10% aplicată numai la tariful pentru un singur segment, indiferent de câte segmente anatomice se examinează simultan.

NOTA 6:

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

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

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice. În acest caz biletul de trimitere cuprinde și datele din fișele de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin; biletele de trimitere se întocmesc în 3 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea, un exemplar 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 biletul de trimitere se atașează de către medicul trimițător, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Pentru efectuarea investigațiilor CT și RMN prevăzute la pct. 3 de la Nota 5 copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor face dovada, la contractare, a spațiului și dotărilor necesare pentru perioada de pre și post anestezie, precum și dovada relației de muncă cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigații sunt decontate de casele de asigurări de sănătate numai dacă fișa de solicitare este însoțită de o copie a fișei de preanestezie pe care va fi aplicată parafa și semnătura medicului cu specialitatea ATI și care va avea același circuit ca și fișa de solicitare.

NOTA 7:

Medicii de familie, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 156 - ecografie generală (abdomen + pelvis).

NOTA 8:

Pentru pozițiile 69 și 70 codurile aferente se completează cu cifrele:

1 - pentru examene din secreții uretrale
2 - pentru examene din secreții otice
3 - pentru examene din secreții nazale
4 - pentru examene din secreții conjunctivale
5 - pentru examene din secreții - puroi
6 - asociere de 2 localizări sau multiple dar nu mai mult de 3/pacient/trimitere

NOTA 9:

Serviciul medical de la poziția 67 este examen citologic.

NOTA 10:

Serviciile medicale de la pozițiile 173, 174, 175, 178 – 183 și 184 sunt explorări funcționale.

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 (NOTA 7)
1.	Consultație				
1.1*	Consultație (inclusiv modelul de studiu)	36	100%		100%
	* Se efectuează o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat				
2.	Tratamentul cariei simple				
2.1	Tratamentul cariei simple cu materiale fizionomice	72	100%		100%
2.2	Tratamentul cariei simple cu materiale nefizionomice	60	100%		100%
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare				
3.1	Tratamentul afecțiunilor pulpare la dinții monoradiculari	60	100%		100%
3.2	Tratamentul afecțiunilor pulpare la dinții pluriradiculari	90	100%		100%
3.3	Tratamentul gangrenei pulpare la dinții monoradiculari	72	100%		100%
3.4	Tratamentul gangrenei pulpare la dinții pluriradiculari	96	100%		100%
4.	Tratamentul paradontitelor apicale				
4.1	Tratamentul parodontitelor apicale la dinții monoradiculari	72	100%	100%	100%
4.2	Tratamentul parodontitelor apicale la dinții pluriradiculari	96	100%	100%	100%
5	Tratamentul afecțiunilor parodonțiului marginal				
5.1	Tratamentul afecțiunilor parodonțiului marginal	72	100%	100%	100%
6.	Tratamente chirurgicale buco-dentare				
6.1	Anestezia prin infiltrație	24	100%		100%
6.2	Extracția la dinții temporari	15	100%		100%
6.3	Extracția la dinții permanenti monoradiculari	48	100%	60%	100%
6.4	Extracția la dinții permanenti pluriradiculari	60	100%	60%	100%

6.5	Extracția prin alveolotomie/alveoloplastie	132	100%	60%	100%
6.6*	Chiuretaj alveolar	30	100%		100%
6.7	Tratamentul hemoragiei si alveolitei	36	100%	100%	100%
6.8	Decapușonarea	36	100%	100%	100%
6.9	Tratament de urgență a plăgilor OMF	90	100%	100%	100%
6.10	Imobilizarea luxației dentare	30	100%	100%	100%
6.11	Imobilizarea în cazul fracturilor	60	100%	100%	100%
6.12	Reducerea luxației ATM	48	100%	100%	100%
6.13	Control post-operator	18	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*	Proteza acrilică	600		60%	100%
7.2	Reparație proteză	60		100%	100%
7.3	Element acrilic	60	100%	60%	100%
7.4	Element metalo-acrilic	90	100%	60%	100%
7.5	Reconstituire coroană radiculară	60	100%	60%	100%
	* Termenul de înlocuire a unei proteze monomaxilare este de 5 ani.				
8.	Tratamente ortodontice				
8.1	Decondiționarea obiceiurilor vicioase (sugere a degetului, deglutiție infantilă, respirație orală) prin plăcuță, vestibulo-orală și scut lingual	360	100%		100%
8.2*	Decondiționarea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + bărbiță și capelină	420	100%		100%
8.3	Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ședință	15	100%		100%
8.4*	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale	600	100%		100%
8.5	Șlefuirea în scop ortodontic / dinte	15	100%		100%
8.6*	Reparație aparat ortodontic	300	100%	100%	100%
8.7	Menținătoare de spațiu mobile	360	100%		100%
8.8*	Activare aparat ortodontic / ședință	30	100%		100%
	Pentru pct. 8 "Tratamente ortodontice", actele terapeutice notate (*) țin numai de competența medicilor de specialitate în ortodonție.				
9.	Activități profilactice				
9.1*	Fluorizare/arcadă	60	100%		100%

9.2**	Sigilare/dinte	60	100%		100%
9.3	Igienizare	30	100%		100%
9.4	Control oncologic	36	100%	100%	100%
9.5	Pansament calmant/drenaj endodontic	30	100%		100%
	* 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:

4.1, 4.2, 5.1, 6.7, 6.8, 6.9, 6.10, 6.11, 6.12, 7.2, 8.6, 9.5

NOTA 3: Competența pentru dentiști este pentru codurile:

1.1, 2.1, 2.2, 9.1, 9.2, 9.3, 9.5.

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

NOTA 5: În cazul dinților supranumerari se indică codul dintelui cu specificația "supranumerar".

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

NOTA 6: Medicii de medicină dentară pot efectua radiografii dentare (retroalveolară și panoramică) cuprinse la cap. II 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 medicină dentară, dacă au autorizațiile necesare efectuării acestor servicii și dotările necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 11 la ordin.

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

NOTA 7: Serviciile prevăzute la codurile 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 7.1, 7.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5, 8.7, 8.8, 9.1, 9.2, 9.3 și 9.5, se acordă astfel:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu

modificările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități sanitare de stat, în caz contrar procentul decontat de CAS este de 60%.

- Pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, în caz contrar procentul decontat de CAS este de 60%.

- Pentru beneficiarii Legii nr. 341/2004 a recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Apărării Naționale și Ministerului Administrației și Internelor, în caz contrar procentul decontat de CAS este de 60%.

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

CAPITOLUL IV Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie

Pachetul de servicii medicale de bază

1. Consultația medicală de specialitate

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

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

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

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

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

1.2. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultații; fiecare cură de tratament recomandată trebuie să fie precedată de o consultație, într-un interval de la consultație, la momentul începerii curei, ce nu poate depăși 30 de zile calendaristice. Casele de asigurări de sănătate pot deconta o a doua consultație în timpul

curei sau la finalul fiecărei cure la un interval ce nu poate să depășească 10 zile calendaristice de la momentul finalizării acesteia.
Pentru situațiile în care unui asigurat nu i se recomandă cură de tratament, casa de asigurări de sănătate decontează 2 consultații.

1.3. Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G31b, G31c, G31d, G31e - nominalizate în H.G. nr. 720/2008, pentru care tratamentul se poate prescrie și monitoriza de către medicul în specialitatea recuperare medicină fizică și balneofizioterapie din unitățile sanitare nominalizate de către Ministerul Sănătății, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice, o consultație și prescripția/prescripțiile medicale aferente, trimestrial sau lunar, cu condiția ca aceste servicii să nu se fi efectuat de către un alt medic specialist pentru aceeași perioadă.

1.4. Pentru evaluarea clinică și paraclinică a bolnavilor cu afecțiuni cronice menționate la pct. 1.3., casele de asigurări de sănătate decontează o consultație/trimestru pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice și prescripția/prescripțiile medicale aferente consultației, dacă acesta, în trimestrul respectiv nu a beneficiat de nicio consultație în condițiile prevăzute la 1.3.

Tariful pe consultație în specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie este de 14 lei. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%.

2. Servicii medicale-cură de tratament acordate în cabinetele/bazele de tratament

Recomandarea pentru recuperare, medicină fizică și balneologie se poate face de către medicii de specialitate și de către medicii de familie, în limita competențelor iar serviciile se acordă conform schemei de tratament, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de către medicul de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie. Asiguraţii, au dreptul la maximum 2 cure pe an calendaristic, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale. O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament, în medie 4 proceduri/zi.

Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în bazele de tratament de care beneficiază un asigurat pentru o cură de tratament este de 140 lei.

Serviciile medicale prevăzute mai sus nu se decontează de casele de asigurări de sănătate atunci când acestea se acordă pentru situații care privesc corecții de natură estetică și de întreținere, cum ar fi: vergeturi, sindrom tropostatic, gimnastică de întreținere (fitness, body-building) etc.

PROCEDURI INCLUSE, DUPĂ CAZ, ÎN CURA DE TRATAMENT

1.	Kinetoterapie de grup pe afecțiuni
2.	Galvanizare
3.	Ionizare
4.	Curenţi diadinamici
5.	Trabert
6.	TENS
7.	Curenţi interferenţiali
8.	Unde scurte
9.	Microunde

10.	Curenţi de înaltă frecvenţă pulsatilă
11.	Ultrasunet
12.	Combinaţie de ultrasunet cu curenţi de joasă frecvenţă
13.	Magnetoterapie
14.	Laser-terapie
15.	Solux
16.	Ultraviolete
17.	Curenţi cu impulsuri rectangulare
18.	Curenţi cu impulsuri exponenţiale
19.	Contracţia izometrică electrică
20.	Stimulare electrică funcţională
21.	Băi Stanger
22.	Băi galvanice
23.	Duş subacval
24.	Aplicaţii cu parafină
25.	Băi sau pensulaţii cu parafină
26.	Masaj regional
27.	Masaj segmentar
28.	Masaj reflex
29.	Limfmasaj
30.	Aerosoli individuali
31.	Pulverizaţie cameră
32.	Hidrokinetoterapie individuală generală
33.	Hidrokinetoterapie parţială
34.	Kinetoterapie individuală
35.	Tracţiuni vertebrale şi articulare
36.	Manipulări vertebrale
37.	Manipulări articulaţii periferice
38.	Kinetoterapie cu aparatură specială covor rulant, bicicletă ergometrică, elcometre, bac vâslit
39.	Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodică, alcalină)

40.	Băi de plante
41.	Băi de dioxid de carbon și bule
42.	Băi de nămol
43.	Mofete naturale
44.	Mofete artificiale
45.	Împachetare generală cu nămol
46.	Împachetare parțială cu nămol
47.	Aplicație de unde de șoc extracorporeale
48.	Aplicația de oscilații profunde
49.	Speleoterapia/salinoterapia

NOTĂ: Serviciile medicale de la pct. 1 - 38, 47 - 49 pot fi efectuate numai de cabinetele medicale care dispun și de bază de tratament. Serviciile medicale de la pct 39 - 46 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.

Pentru cura balneară de recuperare și cura balneară terapeutică în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice se decontează în medie 4 proceduri/zi (din care 2 proceduri cu factori naturali terapeutici)

ANEXA 8

MODALITĂȚILE DE PLATĂ
în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică și balneologie, paraclinice și de medicină dentară

ART. 1 Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică și balneologie, paraclinice, de medicină dentară 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 prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, 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 angajate 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 care sunt în relație contractuală cu furnizori de 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 acordate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, fitoterapie, homeopatie, planificare familială nu poate depăși numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

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

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, 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); pentru specialitatea neurologie, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 21 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 20 de minute).

c) pentru specialitățile clinice, punctajul aferent serviciilor medicale acordate, nu poate depăși, după caz, 150/153/154 puncte în medie pe zi corespunzător unui program de 7 ore/zi.

d) pentru specialitățile 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 corespunzătoare unui punctaj de 153 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, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale 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 9 consultații; pentru specialitatea neurologie se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 154 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 14 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 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 și servicii medicale contra cost.

(2) Serviciile conexe actului medical pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care aceștia sunt în relație contractuală.

Punctajul aferent serviciilor conexe actului medical care pot fi raportate de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăși 40 de puncte în medie pe zi, cuvenite celui care le prestează, reprezentând consultații și/sau servicii, după caz.

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

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

Pentru asigurarea calității în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice și furnizorul de servicii conexe actului medical, din care să reiasă că își desfășoară activitatea într-o formă legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr. 598/2001 și după caz conform Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, acte doveditoare care să conțină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii conexe actului medical, avizul de liberă practică/atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de activitate și tipul de servicii conexe conform anexei nr. 7 la ordin.

ART. 4 (1) Suma cuvenită 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.

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

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

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

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în: fitoterapie și homeopatie, planificare familială, precum și furnizorilor de servicii conexe

actului medical. Recalcularea numărului total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovada confirmării gradului profesional.

(3) Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 1,2 lei.

(4) Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical se stabilește trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între 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 medical astfel obținută este valabilă și pentru serviciile medicale clinice realizate în trimestrul respectiv pentru care decontarea se face din fondul alocat asistenței medicale spitalicești și nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pe serviciu.

(5) Numărul de puncte luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct pe serviciu, nu include numărul de puncte aferent serviciilor medicale clinice realizate în trimestrul respectiv pentru care decontarea se face din fondul alocat asistenței medicale spitalicești.

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

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

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

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

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

ART. 6 (1) La stabilirea sumei contractate de către:

- un furnizor de servicii medicale paraclinice (de analize medicale de laborator, de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, de investigații medicale paraclinice - explorări funcționale),
- un furnizor de servicii medicale clinice (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice sau prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești),
- medicii de familie (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară)

- 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 ecografii și monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice), medicii de familie (numai pentru ecografie generală - abdomen și pelvis), furnizorii de servicii de medicină dentară (numai pentru radiografia dentară retroalveolară și panoramică) și casele de asigurări de sănătate se stabilește în limita numărului de investigații paraclinice necesar pe total județ, determinat de comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinație.

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

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

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

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

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

În situația în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeași lună și-au epuizat valoarea de contract

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

Sumele rezultate din economii de la investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator, de la investigațiile medicale paraclinice de radiologie și imagistică

medicală într-o lună și de la investigațiile medicale paraclinice - explorări funcționale într-o lună - se redistribuie furnizorilor care în aceeași lună și-au epuizat valoarea de contract.

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

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2012 cu destinația servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele/actele adiționale inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în prezentele norme, precum și reevaluarea punctajului tuturor 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 lunară de contract/act adițional în limita a maxim 5%, cu condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adițional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv.

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

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

(8) În situația în care, în structura unui furnizor de servicii medicale paraclinice, există laborator/punct de lucru organizat ca urmare a procedurii de externalizare, casa de asigurări de sănătate încheie pentru acestea un act adițional la contractul de furnizare de servicii paraclinice încheiat cu furnizorul respectiv. Actul adițional se adaptează după modelul contractului de furnizare de servicii medicale 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 rezultate din reducerea tarifelor maximale cu procentul de diminuare cel mai mare ofertat de către furnizori și nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

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

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează ecografii furnizorilor de servicii medicale clinice inclusiv recuperare, medicină fizică și balneologie, 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 Nota 1 și Nota 3 de la finalul lit. C a capitolului I din anexa nr. 7 la ordin, 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 trimiterii de către alți medici de specialitate, respectiv de către alți medici de specialitate cardiologie și medicină internă, programul de lucru se prelungește corespunzător.

Aceste investigații medicale paraclinice pot fi efectuate atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca urmare a trimiterii de către alți medici de specialitate în cadrul unui program suplimentar față de cel contractat pentru serviciile medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice. În acest sens furnizorii încheie acte adiționale cu casele de asigurări de sănătate.

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. Prin excepție biletele de trimitere pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru afecțiunile cuprinse în unele programe naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție precum și cele pentru afecțiunile oncologice, au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice specifice este de până la 60 zile calendaristice.

Un exemplar al biletului de trimitere rămâne la medicul care a făcut trimiterea și două exemplare sunt înmânate asiguratului. În situația în care, din motive obiective, investigațiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a-l programa, consemnând pe verso-ul exemplarului de bilet de trimitere data prezentării și data programării, semnătura și ștampila furnizorului; dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului ambele exemplare ale biletului de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice. În primele 10 zile calendaristice de la emiterea biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice asiguratul are obligația de a se programa și de a accepta programarea la unul dintre furnizori, în caz contrar biletul de trimitere își pierde valabilitatea. La momentul prezentării la furnizorul de investigații paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigațiilor, asiguratul va declara pe proprie răspundere pe verso-ul celor două exemplare ale biletului de trimitere, că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigațiilor.

Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectuează investigațiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere păstrează un exemplar al biletului și depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității.

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

(2) Dacă în perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice un asigurat se internează în spital fără ca investigațiile recomandate să fie

efectuate în ambulatoriu anterior internării, biletul de trimitere își pierde valabilitatea, cu excepția biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesității efectuării acestor investigații de către medicul care a făcut trimiterea.

Investigațiile medicale paraclinice efectuate unui asigurat în ambulatoriu pe perioada în care acesta a fost internat precum și în perioada de la data externării până la data expirării termenului de valabilitate a biletului de trimitere, nu se decontează de casa de asigurări de sănătate sau dacă acestea au fost decontate se recuperează de la furnizorul de investigații medicale paraclinice – dacă pe verso-ul biletului de trimitere nu este consemnată declarația asiguratului prevăzută la alin.(1), cu excepția investigațiilor medicale paraclinice de înaltă performanță dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesității efectuării acestor investigații de către medicul care a făcut trimiterea.

În situația în care, casa de asigurări de sănătate constată că, pe perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, asiguratul a fost internat într-un spital și în declarația pe proprie răspundere consemnată pe verso-ul biletului de trimitere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

(3) Este interzisă înlocuirea sau adăugarea altor investigații paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

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

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

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(6) 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 CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, după caz 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 de înaltă performanță care se întocmește în 3 exemplare, din care unul rămâne la medicul care a făcut trimiterea, unul 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 cu ocazia raportării lunare a activității. Biletul de trimitere pentru investigații medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară.

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

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

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

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

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

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

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

Suma contractată se defalchează pe trimestre și luni.

(2) Suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 1.050 lei, corespunzătoare unui program de 3 ore/zi la cabinet. Casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale de medicină dentară pentru un program de lucru / medic de 3 ore/zi la cabinet, cu obligativitatea medicilor de a asigura serviciile medicale de urgență de medicină dentară pe tot parcursul programului de lucru al cabinetului.

(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 2012 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, medicină fizică și balneologie 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, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe servicii medicale-consultații/cazuri pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie 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, medicină fizică și balneologie cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de servicii medicale-consultații, respectiv tariful pe consultație de 14 lei și numărul de servicii medicale-cazuri, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%. La stabilirea numărului de cazuri se are în vedere o durată medie de 10 zile de tratament pe caz și un număr mediu de 4 proceduri pe zi.

Suma contractată se stabilește conform anexei nr. 8 F și se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, conform prevederilor din anexa nr. 8 F la ordin se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract. Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Neanunțarea acestor situații și constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie.

În situația în care la unii furnizori de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie 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 recuperare, medicină fizică și balneologie care în trimestrul respectiv și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate asiguraților de la data semnării actului

adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la începutul anului până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea și în raport cu valoarea de contract aferentă lunii în care se face regularizarea.

Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie a sănătății pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, dacă este cazul.

(3) În vederea contractării numărului de servicii medicale-consultații și a numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică și balneologie se au în vedere următoarele:

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

b) serviciile medicale-cazuri care se acordă în bazele de tratament, se contractează și raportează în vederea decontării pentru un număr mediu de 10 zile de tratament și o medie de 4 proceduri/zi, dar nu mai mult de 2 cure pe an calendaristic, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

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

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2012 cu destinația de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv de acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale-consultații și numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de selecție si contractare prevăzute în prezentele norme, precum și reevaluarea punctajului tuturor 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) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare-reabilitare a sănătății.

(7) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale-consultații și numărul de cazuri de recuperare, medicină fizică și balneologie 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 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 specialitate recuperare, medicină fizică și balneologie.

(9) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate se face în funcție de numărul de servicii medicale-consultații și numărul de cazuri finalizate de recuperare, medicină fizică și balneologie realizat atât în cabinetele medicale, cât și în bazele de tratament, înmulțit cu tarifele din anexa nr. 7 la ordin, după caz, diminuate conform alin. (4), în limita sumelor contractate. Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat daca numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8.5, decontarea lunară a cazurilor finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei:Tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună / 10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de cazuri finalizate de recuperare, medicină fizică și balneologie și raportate în luna respectivă.

(10) În situația în care o cură de tratament se întrerupe, furnizorul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat. O cură de tratament întreruptă se consideră o cură finalizată.

ART. 15 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctură cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de consultații de acupunctură, respectiv tariful pe consultație de 13 lei și numărul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni.

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

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

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

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

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

Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat daca numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8.5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei:Tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizate / 10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează

împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă).

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

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

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

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

ART. 16 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică și balneologie, paraclinice, de medicină dentară 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 documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

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 inclusiv recuperare, medicină fizică și balneologie 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 inclusiv recuperare, medicină fizică și balneologie, 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/actele adiționale 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 de recuperare, medicină fizică și balneologie 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 inclusiv de recuperare, medicină fizică și balneologie. Furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv de recuperare, medicină fizică și balneologie 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 de recuperare, medicină fizică și balneologie au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

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

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

ANEXA 8 A

- model -

Furnizor de servicii medicale .....

Medic .....

Specialitatea .....

Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

Nr. contract .....

FIȘA DE MONITORIZARE

în cazul bolnavilor cronici în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice

Nume: ..... Prenume: .....

Data nașterii: .....

Cod numeric personal: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sex: M/F

Adresa: .....

Diagnostic: .....

Data luării în evidență: .....

Comorbidități: .....

Factori de risc: .....

Examinări clinice

Data programării	Data realizării

Investigații paraclinice

Tip investigație	Data programării	Data realizării

Recomandări:

- Tratament igieno-dietetic

.....

.....

- Tratament medicamentos

.....

.....

- Alte recomandări

.....

.....

Data completării ..... Semnătura, parafa și ștampila .....

ANEXA 8 B

- model -

Furnizor de servicii medicale paraclinice .....
Sediul social/Adresa fiscală .....

DECLARAȚIE

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

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

|_| Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului

|_| Casa de Asigurări de Sănătate .....

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)
.....

ANEXA 8 C

- model -

Furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie .....
Sediul social/Adresa fiscală .....

DECLARAȚIE

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

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

|_| Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)
.....

ANEXA 8 D
-

model -

Furnizor de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală

.....

Punct de lucru*1) .....

PERSONAL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Valabilă până la
D - Valoare
E - Nr. contract
F - Tip contract
G - Specialitatea/Competența
H - Specialitatea/Competența*
I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru CMR/CMDR	Asigurare de răspundere civilă					Contract **)								
			Serie și nr.	A	B	Nr.	C	D	E	F	Program de lucru	Cod parafă	G	H	I

*) se completează în situația în care un medic are mai multe specialități paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății

Total medici =

OPERATORI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Tip de activitate**)
B - Data eliberării
C - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru asociație profesională		Contract**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)	A
			Serie și nr.	B	C	Nr. contract	Tip contract			

**) absolvent colegiu imagistică medicală, asistent medical imagistică medicală, bioinginer, fizician

Total operatori =

ASISTENȚI MEDICALI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Valabilă până la
D - Nr. contract
E - Tip contract

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/ Certificat membru asociație profesională				Asigurare de răspundere civilă	Contract**)		Program de lucru	Specialitatea/ Competența
			Serie și nr.	A	B	Nr.	C	Valoare	D	E		

Total asistenți medicali =

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURĂ MEDICALĂ

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

Total personal auxiliar - tehnician aparatură medicală =

---

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

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

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor
Reprezentant legal .....
Nume și prenume, semnătura, ștampila .....
Data întocmirii .....

ANEXA 8 E
-
model -

Furnizori de servicii medicale paraclinice - laborator de analize medicale:
.....
Punct de lucru*1) .....

FORMULAR PRIVIND PERSONALUL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Total medici =

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Nr. contract
D - Tip contract
E - Program de lucru
F - Cod parafă
G - Specialitatea/Competenţa
H - Specialitatea/Competenţa*
I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	Certificat membru CMR/CMDR				Asigurare de răspundere civilă		Contract **)						
			Serie şi nr.	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabilă până la	C	D	E	F	G	H	I

*) se completează în situaţia în care un medic are mai multe specialităţi paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii

ASISTENŢI MEDICALI DE LABORATOR

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data eliberării
B - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		
			Serie şi nr.	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract	Program de lucru

Total asistenţi medicali de laborator =

CHIMIŞTI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data eliberării

B - Data expirării
C - Grad profesional

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională					Contract**)				
			Serie și nr.	Serie	NR.	A	B	C	Nr. contract	Tip contract	Program de lucru	Cod parafă (după caz)	

Total chimiști =

BIOLOGI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Program de lucru
B - Cod parafă (după caz)
C - Grad profesional
D - Data eliberării
E - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională					Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
			Serie și nr.	Serie	NR.	D	E		Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

Total biologi =

BIOCHIMIȘTI

Total biochimiști =

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Program de lucru
B - Cod parafă (după caz)
C - Grad profesional
D - Data eliberării
E - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională					Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
			Serie și	Serie	NR.	D	E		Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

			nr.											

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

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

NOTĂ: Se va completa în mod corespunzător un formular și pentru farmacist

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor
Reprezentant legal: .....
Nume și prenume, semnătura, ștampila: .....
Data întocmirii: .....

ANEXA 8 F

CRITERII
privind selecția furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu

CAP. I
Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie în ambulatoriu

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:
1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie pentru a căror furnizare încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.
3. Să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat al cabinetului și al bazei de tratament este acoperită prin prezența unui medic de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie

CAP. II
La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie se au în vedere următoarele criterii:
A. Evaluarea capacității resurselor tehnice 50%
B. Evaluarea resurselor umane 50%

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice
Ponderea acestui criteriu este de 50%
Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.
a) Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.
b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul cabinetului sunt aceleași cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.
c) Furnizorii sunt obligați să prezinte documentele pentru aparatul/aparatele deținute din care să reiasă numărul de canale și numărul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.
d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta manualul de utilizare, conforme și în termen de valabilitate ale acestora.
e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.
Fac excepție furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie care își desfășoară activitatea utilizând același spațiu și aceleași echipamente specifice deținute și/sau utilizate în comun în condițiile legii, cu prezentarea documentelor

justificative prevăzute de actele normative în vigoare și numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor își desfășoară activitatea cu respectarea dispozițiilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare și într-un program de lucru distinct.

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

A.1. Se acorda punctaj pentru fiecare aparat deținut, după cum urmează
- Aparate cu 1 canal și vechime 1 - 5 ani = 16 puncte/aparat
- Aparate cu 2 canale și vechime 1 - 5 ani = 24 puncte/aparat
- Aparate cu 3 canale și vechime 1 - 5 ani = 28 puncte/aparat
- Aparate cu 4 canale și vechime 1 - 5 ani = 32 puncte/aparat
- Combină de terapie fizicală și vechime 1 - 5 ani = 20 puncte/combină
- Cada de hidroterapie - vechime 1 - 5 ani = 10 puncte/1 cadă

Se scad din punctajul acordat pentru fiecare aparat, câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului.

Nr. crt.	Denumire aparat	Număr canale	An fabricație	Total puncte/ aparat
1	2	3	4	5

TOTAL PUNCTE: .....

NOTA 1:

Numărul de 2, 3 sau 4 canale ale unui aparat reprezintă posibilitatea pentru efectuarea terapiei la 2, 3, respectiv 4 pacienți în același timp.

NOTA 2 : La contractare, furnizorul va depune o notă de fundamentare privind:

a) numărul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat / oră, conform fișelor tehnice ale aparatelor.

b) numărul maxim de proceduri / oră posibil de efectuat în cadrul programul de lucru de către personalul mediu sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, având în vedere prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 1778/2006 privind aprobarea normativelor de personal, cu modificările și completările ulterioare

În situația în care, numărul maxim de proceduri prevăzut la lit. b) este mai mic decât cel prevăzut la lit. a), punctajul total aferent lit. A.1 se înmulțește cu raportul calculat între numărul de proceduri de la lit. b) și numărul de proceduri de la lit. a).

În situația în care, numărul maxim de proceduri prevăzut la lit. b) este mai mare decât cel prevăzut la lit. a), se acordă punctajul aferent lit. A.1

A.2 Evaluarea sălii de kinetoterapie:

- Suprafața utilă a sălii este între 8 - 15 mp și dotare corespunzătoare conform Ordinului MSP 153/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale = 20 puncte

- Suprafața utilă a sălii este între 16 - 30 mp și dotare corespunzătoare conform Ordinului MSP 153/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale = 30 puncte
- Suprafața utilă a sălii este de peste 30 mp, folosită exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie și dotare superioară față de prevederile Ordinului MSP 153/2003 = 33 puncte

A.3 Evaluarea bazinului de hidrokinetoterapie
- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este intre 30 – 40 mc si are dotarea corespunzatoare actelor normative in vigoare = 20 puncte;
- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este intre 40 – 60 mc si are dotarea corespunzatoare actelor normative in vigoare = 30 puncte;
- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este de peste 60 mc si are dotarea corespunzatoare actelor normative in vigoare = 40 puncte.

TOTAL puncte resurse tehnice .....

NOTA 1: Sala de kinetoterapie și bazinul de hidrokinetoterapie se punctează numai dacă la furnizor își desfășoară activitatea cel puțin un kinetoterapeut / fiziokinetoterapeut / profesor de cultură fizică medicală. Punctajele pentru lit. A.2 și A.3 se acordă pentru încadrarea cu personal de specialitate (un kinetoterapeut / fiziokinetoterapeut / profesor de cultură fizică medicală) pentru o normă întreagă (8 ore). Pentru fracțiuni de normă, punctajele aferente lit. A.2 și A.3 se ajustează proporțional.

NOTA 2: Nu se punctează bazinele de hidrokinetoterapie care se utilizează și pentru alte activități în afara celor strict medicale care se contractează cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane:
Ponderea acestui criteriu este de 50%
Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat.
Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru cei cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată.
Se consideră o normă întreagă astfel:
- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un asistent balneofizioterapie, fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut, profesor de cultură fizică medicală sau maseur - 40 ore/săptămână (ore/zi x 5 zile/săptămână)
a. medic în specialitatea de recuperare, medicină fizică și balneologie:
- medic primar - 20 puncte/medic/1 normă
- medic specialist - 18 puncte/medic/1 normă

Nume și prenume medic	Număr de ore	Punctaj

b. fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală - 12 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

c. asistent balneofizioterapie - 6 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

d. maseur - 5 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

TOTAL PUNCTE: .....

Program de activitate săptămânal al bazei de tratament - 8 ore/zi:
- 5 zile/săptămână = 2 puncte
- Sub 5 zile/săptămână = 1 punct
- Pentru 2 x 8 ore 5 zile pe săptămână = 5 puncte
- TOTAL puncte .....

Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor.

Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor corespunzatoare fiecarui criteriu la numărul de puncte obtinut la fiecare criteriu.

Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criterii se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite pentru fiecare criteriu.

ANEXA 9

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

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

NOTA 1:

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

1. dacă face dovada (printr-o scrisoare medicală) că a fost luat în evidență de către medicul de familie și în intervalul de timp până la următoarea consultație la medicul specialist, bolnavul nu necesită să fie monitorizat de către medicul de familie, care va confirma luarea in evidenta prin semnatura, parafa și data, completate pe scrisoarea medicala eliberata de medicul specialist,cu care bolnavul se va prezenta la vizitele ulterioare in cadrul ambulatoriului de specialitate.Medicul de familie pastreaza o copie a scrisorii medicale atașată la fisa bolnavului.

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

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

NOTA 2:

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

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

ANEXA 10

CRITERII
privind selecţia furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

CAPITOLUL I Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

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

1. Să fie autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;

2. a) Să facă dovada capacităţii tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigaţiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la cap. II din anexa nr. 7 la ordin, cu excepţia examinărilor de anatomie patologică (histopatologice şi de citologie, inclusiv examenul Babeş Papanicolau).

b) Pentru examinările de anatomie patologică (histopatologice şi de citologie inclusiv examenul Babeş Papanicolau), furnizorul are obligaţia de a face dovada capacităţii tehnice numai în situaţia în care solicită contractarea acestora.

3. Furnizorul va prezenta un înscris cu menţiunea seriei, a anului de fabricaţie, a capacităţii de lucru şi a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producător/distribuitor/furnizor de service.

Pentru testele compuse din mai mulţi parametri nu se iau în calcul toţi parametrii - se consideră un singur test, cu excepţia categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma/fungigrama) constituie teste separate şi se iau în calcul separat.

4. Să facă dovada că toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 8 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezenţa unui medic de specialitate medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist - cu grad de specialist.

Să facă dovada, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa că în cadrul acestuia/acestora îşi desfăşoară activitatea medic/medici de laborator într-o formă legală de exercitare a profesiei care să acopere cel puţin o normă/zi (7 ore).

5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate, atât pentru subcriteriul a) "Implementarea sistemului de management al calităţii" cât şi pentru subcriteriul b) "Participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale pentru laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătăţii" prevăzut de reglementările în vigoare pentru cel puţin 50% reprezentând minim 40 analize din numărul de analize cuprinse în lista investigaţiilor contractate, pentru fiecare dintre laboratoarele/laboratoare organizate ca puncte de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe toată perioada de derulare a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Numărul total de analize cuprinse în lista investigaţiilor medicale paraclinice este de 79.

6. Să facă dovada capacităţii tehnice pentru posibilitatea efectuării a cel puţin 5% din numărul total de servicii medicale paraclinice necesare la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate, stabilit de comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinaţie.

NOTĂ: Pentru laboratoarele de anatomie patologică nu se aplică punctul 2.a) şi punctul 5.

CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - analize medicale de laborator - stabilit pe total judeţ

1. Numărul de investigaţii paraclinice - analize de laborator se stabileşte la nivelul fiecărui judeţ de către comisia înfiinţată conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

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

1. criteriul de evaluare a resurselor 45%
2. criteriul de calitate 50%
3. criteriul financiar 5%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 45%

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

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.

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

c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte toate fişele tehnice corespunzătoare aparatelor deţinute şi pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria şi numărul, şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fişele tehnice conforme şi în termen de valabilitate ale acestora, având menţionate seriile echipamentelor.

e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

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

- tipul şi denumirea fiecărui aparat
- seria şi numărul fiecărui aparat
- tipul, numărul şi data documentului care dovedeşte deţinerea legală a fiecărui aparat.

Constatarea ulterior încheierii contractului, a existenţei unor aparate de acelaşi tip şi cu aceeaşi serie şi număr la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiaşi furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

f) Pentru a putea fi luate în considerare, aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcţionare, certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcţionali în termenul prevăzut de lege pentru fiecare tip de aparat. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătăţii conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieşite din perioada de garanţie şi valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanţie pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligaţi să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanţie.

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

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deţinut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după cum urmează:

1. Hematologie:

1.1. Morfologie*)

a) analizor până la 18 parametri inclusiv -
cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte

Pentru analizoarele cu mai puţin de 60 teste/oră se acordă 5 puncte.

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

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

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

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

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

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

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

- analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă
leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puţin 61 teste/oră;
cu modul laser flowcitometric - cu o vechime de până la 5 ani - 20 puncte

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

*) De menţionat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator cu specializare în hematologie sau cu specializare medicină de laborator pentru care hematologia a intrat în curricula de pregătire sau de către un biolog, biochimist sau chimist specialişti cu specializare în hematologie.

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului, maxim 2 analizoare, dintre cele prevăzute la pct.1.1.

1.2. Hemostază:
a) analizor coagulare semiautomat - cu o vechime
de până la 5 ani - 10 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;
b) analizor de coagulare complet automat - cu o vechime
de până la 5 ani - 18 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.
NOTĂ: se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.
1.3. Imunohematologie: - 2 puncte.
2. Microbiologie:
2.1. Bacteriologie
- analizor automat de microbiologie - cu o vechime
de până la 5 ani - 40 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;
- identificarea germenilor - 10 puncte
- efectuarea antibiogramei - 8 puncte.
NOTĂ: se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.
2.2. Micologie:
- decelarea prezenţei miceliilor şi identificarea miceliilor - 10 puncte
- efectuarea antifungigramei - 8 puncte.
2.3. Parazitologie:
- examen parazitologie pe frotiu - 2 puncte.
3. Biochimie:
a. - analizor semiautomat - cu o vechime de până la 5 ani - 5 puncte
- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine analizoare automate, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;
b. - analizor automat - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte
b.1 - analizor automat cu determinare şi prin turbidimetrie - cu o vechime de până la 5 ani - 20 puncte:
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.
În funcţie de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare investigaţie/oră se acordă câte 0,06 puncte.
- se iau în calcul maxim 2 aparate
c. - analizor semiautomat pentru electroforeză - cu o vechime
de până la 5 ani - 5 puncte
- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine 1 analizor automat, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;
d. - analizor automat pentru electroforeză - cu o vechime de
până la 5 ani - 20 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.
- se iau în calcul maxim 2 aparate
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 a aparatului;
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine 1 analizor automat, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;
b) sistem automatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani, cu:
- o microplacă 25 puncte
- două microplăci simultan 30 puncte
- 4 microplăci simultan 35 puncte
- 6 microplăci simultan 40 puncte
- se scad din punctajele acordate câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatelor;
- se iau în calcul maxim 2 aparate
c) sisteme speciale
c1) semiautomate cu o vechime de până la 5 ani 25 puncte
- pentru sistemele speciale semiautomate se iau în calcul maxim 2 aparate;
c2) automate cu o vechime de până la 5 ani 40 puncte
- pentru sistemele speciale automate, în funcţie de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare probă pe oră se acordă câte 0,6 puncte.
- pentru sistemele speciale automate se iau în calcul maxim 2 aparate pe tip de metoda, pentru maxim 2 metode.
- În cazul în care laboratorul deţine aparate cu mai mult de două metode, pentru sistemele speciale se va lua în calcul maxim un aparat în plus faţă de primele patru, la alegerea furnizorului.
- punctajul pentru cea de a 3-a metodă de lucru se va acorda la un nivel de 50% din punctajul corespunzător aparatelor.
Pentru sistemele speciale semiautomate şi automate se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.
Sunt considerate sisteme speciale sistemele bazate pe următoarele metode:
- CLIA - Chemiluminescenţă (Test Imunologic pe bază de Chemiluminiscenţă)
- ECLIA - Electrochemiluminescenţă (Test Imunologic pe bază de Electrochemiluminiscenţă)
- MEIA, EIA - Microparticle Enzyme Immunoassay (Metoda Imunologigă Enzimatică; Metoda Imunologigă Enzimatică pe bază de Microparticule)
- FPIA - Fluorescence Polarization Immunoassay (Metoda Imunologică prin Fluorescenţă de Polarizare)
- REA - Radiative Energy Attenuation (Atenuare de Energie Radiată)
- CMIA - Chemiluminescent microparticle immunoassay (Test Imunologic de Chemiluminiscenţă pe bază de Microparticule)
- EMIT - Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (Metoda Imunologigă Enzimatică Dublă)
- RAST - Radioallergosorbent (Test Radioimunologic prin legarea complexului pe suport insolubil)
- RIA - Radioimmunoassay (Metoda Imunologigă pe bază de Radioizotopi)
- IFA - Immunofluorescence (Test Imunologic pe bază de Imunofluorescenţă)
- ELFA cu detecţie în fluorescenţă - Test imunoenzimatic cu emisie de fluorescenţă
- TRACE - Emisie amplificată de europium
NOTĂ:
Test imunologic sau metoda imunologică se referă la o reacţie cu formare de complex tip antigen-anticorp

5. Citologie Papanicolau 5 puncte.
Este obligatoriu a fi efectuată de medici sau de biologi cu specializare în domeniu.

6. Histopatologie 25 puncte.
- Sistem automat de prelucrare a probelor ..... 40 puncte
(de la probă până la bloc de parafină)
- Sistem de colorare automată a lamelor ..... 15 puncte
7. Analize de urină
a. analizor semiautomat pentru examen urină - cu o vechime
de până la 5 ani 5 puncte
- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine 1 analizor automat, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;
b. analizor automat pentru examen urină - cu o vechime
de până la 5 ani 20 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.
- se iau în calcul maxim 2 aparate
NOTĂ:
Nu se punctează aparatele pentru care în compartimentele respective nu desfăşoară activitate cel puţin un angajat cu studii superioare de specialitate.
Aparatele mai vechi de 10 ani calculati de la data fabricarii sau de la data reconditionarii (refurbisarii) pentru care s-a plicat un nou marcaj CE prezentându-se o declaraţie de conformitate în acest sens pentru seria respectivă emisă de cel care a făcut recondiţionarea totală a aparatului, nu se punctează.
B. Resursele umane
Personalul este punctat proporţional cu timpul lucrat în laborator.
Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru fracţiuni de normă se acordă punctaj direct proporţional cu fracţiunea de normă lucrată:
1. medic primar de specialitate 20 puncte;
2. medic specialist 18 puncte;
3. chimişti, biologi, biochimişti principali 16 puncte;
4. chimişti, biologi, biochimişti specialişti 14 puncte;
5. chimişti, biologi, biochimişti 10 puncte;
6. farmacist 12 puncte
7. asistenţi medicali de laborator cu studii superioare 6 puncte;
8. asistenţi medicali de laborator fără studii superioare 4 puncte
C. Logistică:
1. transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul care a recomandat analizele în maximum 24 de ore:
- fax - 1 punct;
- direct medicului - 3 puncte;
- sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor
pe Internet - 4 puncte.
2. software dedicat activităţii de laborator - care să conţină înregistrarea şi evidenţa biletelor de trimitere (serie şi număr bilet, CNP-ul pacientului, codul de parafă şi numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul şi numărul investigaţiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză şi arhivarea datelor de laborator, precum şi raportarea activităţii desfăşurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificaţiile tehnice ale aplicaţiei, care se verifică la sediul furnizorului):

- operaţional - instalat şi cu aparate conectate pentru transmitere de date - 30 puncte;

3. website - care să conţină minimum următoarele informaţii:

- datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcţionare, certificări/acreditări - 2 puncte

- chestionar de satisfacţie a pacienţilor (cu obligaţia actualizării semestriale a rezultatelor şi afişarea pe site-ul furnizorului) - 5 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 şi 3 se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii medicale de laborator.

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

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 50%

a) 70% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calităţii", în conformitate cu SR EN ISO 15189:2007 şi care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoţit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator/sau laborator organizat ca punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor se stabileşte astfel:

a1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie, Hematologie şi analize de urină (cu excepţia uroculturii) prevăzută în anexa nr. 7 la ordin şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală de imunologie prevăzută în anexa nr. 7 la ordin, şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare analiză medicală prevazute în celelalte categorii / grupe de analize prevăzute în anexa nr. 7, altele decât cele menţionate la lit.a1) şi a2), cuprinse în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea**;**

NOTĂ:

Pentru testele compuse din mai mulţi parametri nu se iau în calcul toţi parametrii - se consideră un singur test, cu excepţia categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma/fungigrama) constituie teste separate şi se iau în calcul separat.

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

Punctajul obţinut de fiecare furnizor se stabileşte astfel:

b1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de biochimie, hematologie şi analize de urină (cu excepţia uroculturii) prevăzută în anexa nr. 7 la ordin;

b2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală de imunologie prevăzută în anexa nr. 7;

b3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare analiză de microbiologie şi celelalte clase, altele decat cele menţionate la lit. b1) şi b2);

pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale, cu condiţia ca aceasta să se fi efectuat de cel puţin 4 ori/an în ultimele 12 luni. Pe parcursul derulării contractului obligaţia participării la schemele de testare a competenţei de cel puţin 4 ori pe an rămâne valabilă în aceleaşi condiţii.

Pentru participarea la un număr mai mare de 4 ori pe an la schemele de testare a competenţei punctajul se va multiplica astfel:

- pentru participarea la un număr de 6 ori pe an se acordă o creştere a punctajului de 10%
- pentru participarea la un număr de 12 ori pe an se acordă o creştere a punctajului de 15%.

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

NOTĂ:

Pentru testele compuse din mai mulţi parametri nu se iau în calcul toţi parametrii - se consideră un singur test, cu excepţia categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma/fungigrama) constituie teste separate şi se iau în calcul separat.

3. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 5%

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

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

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

b. Procentul de diminuare propus pentru fiecare categorie de analize se aplică pentru toate analizele cuprinse în categoria respectivă şi nu poate depăşi 5% din tariful maximal.

c. Tarifele rezultate ca urmare a aplicării procentului de diminuare cel mai mare propus pentru fiecare categorie de analize medicale reprezintă tarifele care se contractează cu toţi furnizorii de analize medicale de laborator.

d. Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 se acordă furnizorului care a ofertat procentul de diminuare cel mai mare pentru fiecare categorie de analize medicale. Pentru furnizorii care au propus procente de diminuare mai mici faţă de procentul de diminuare cel mai mare se acordă un punctaj proporţional în funcţie de primul clasat.

Pentru furnizorii de servicii medicale de laborator care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă o singură dată pentru toate analizele medicale, indiferent de numărul laboratoarelor/punctelor de lucru cu care furnizorul intră în contract.

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

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

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

a) 45% pentru criteriul de evaluare resurse;

b) 50% pentru criteriul de calitate, din care 70% pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calităţii" şi 30% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale";

c) 5% pentru criteriul financiar.

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor, cu excepţia numărului total de puncte obţinut de furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu şi de laboratoarele de analize medicale/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare.

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

D. Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obţine prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D.

F. Criteriile şi modalitatea de calcul se aplică în acelaşi mod şi pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare şi care efectuează investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, precum şi pentru furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu.

Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

Sumele care rezultă pentru aceşti furnizori se contractează şi se decontează din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească.

NOTA 1: În funcţie de necesarul de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, pe tipuri, suma aferentă investigaţiilor 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 anatomie patologică (histopatologice şi de citologie, inclusiv examenul Babeş Papanicolau)

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe total judeţ - de către comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de investigaţii medicale paraclinice de anatomie patologică din totalul fondului cu destinaţia de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator.

Pentru furnizorii de investigaţii medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - criteriile specifice de selecţie se aplică în mod corespunzător (numai analizele, aparatele şi personalul specific).

ANEXA 11

CRITERII
privind selecţia furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală

CAPITOLUL I Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală

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

1. Să fie autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;

2. Să facă dovada capacităţii tehnice de a efectua investigaţiile de radiologie şi/sau imagistică medicală din Lista minimă de investigaţii paraclinice - radiologie şi imagistică medicală pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structura acestuia ce urmează a fi cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, astfel:

a. Laborator de radiologie şi imagistică medicală - investigaţii conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;

b. Ecografia generală, ca prestaţie independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice şi medici de familie, cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare emis de instituţiile abilitate în condiţiile legii;

c. Ecografia endocrinologică ca prestaţie independentă efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice, în diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, endocrinologie, medicină internă;

d. Ecografia de vase - artere, vene, ca prestaţie independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice: cardiologie, pediatrie, medicină internă, neurologie, geriatrie şi gerontologie;

e. Ecocardiografia efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie şi pediatrie, de către medici de specialităţi clinice;

f. Ecografia fetală efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de genetică medicală şi obstetrică ginecologie;

g. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de pediatrie;

h. Ecografia de pelvis efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de obstetrică-ginecologie (numai pentru afecţiuni ginecologice) şi în cabinetele medicale de urologie.

i. Radiografia dentară ca prestaţie independentă în cadrul cabinetelor de medicină dentară.

j. Ecografia morfologică fetală (pentru gravide 20 - 23 de săptămâni) efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;

k. Ecografia pentru translucenţa nucală (pentru gravide 11 - 13,6 săptămâni) efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală.

NOTĂ: Furnizorul va prezenta fişa tehnică eliberată de producător, pentru fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică pentru caracteristicile specifice aparatelor.

3. Să facă dovada că toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structură, îşi desfăşoară activitatea medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală, într-o formă legală de exercitare a profesiei, care să acopere o normă întreagă (6 ore).

4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prevăzut de reglementările în vigoare, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii radiologie-imagistică medicală pe toată durata de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Prevederea nu se aplică furnizorilor care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie pentru specialităţile clinice şi de servicii de medicină dentară, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiţionale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.

CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, stabilit pe total judeţ

1. Numărul de investigaţii de radiologie-imagistică medicală se stabileşte la nivelul fiecărui judeţ de către comisia înfiinţată conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

2. La stabilirea numărului de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală şi a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor	85%
2. criteriul financiar	5%
3. criteriul de disponibilitate	10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 85%

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

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.

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

c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte toate fişele tehnice corespunzătoare aparatelor deţinute şi pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

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

e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac excepţie furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică care îşi desfăşoară activitatea utilizând acelaşi spaţiu şi aceleaşi echipamente specifice deţinute şi/sau utilizate în comun în condiţiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare şi numai în condiţiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor îşi desfăşoară activitatea cu respectarea dispoziţiilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi ale prezentului ordin şi într-un program de lucru distinct. În această situaţie, pentru fiecare furnizor, echipamentele deţinute / utilizate în comun se punctează proporţional, funcţie de programul în care este utilizat aparatul, fără a se depăşi punctajul pentru tipul respectiv de aparat**.**

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

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

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deţinut, 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 în plus a 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 în plus a dispozitivului;

b) post independent de radiografie - se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a 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 în plus a 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 în plus a dispozitivului.

Pentru echipamentele de radiologie, după caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- tipul de achiziţie
  - digitalizat (plăci fosforice) 5 puncte;
  - direct digital 10 puncte;
- opţiuni:
  - stepping periferic 5 puncte;

- cuantificarea stenozelor 5 puncte;
- optimizarea densităţii 5 puncte;
- trendelenburg 3 puncte;
- afişare colimatori fără radiaţie 3 puncte;
- stand vertical 3 puncte;
- tomografie plană 1 punct;
- 2 Bucky 1 punct.

e) mamografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:
- tipul de achiziţie:
  - parţial digital 5 puncte;
  - digital 10 puncte;
- dimensiunea câmpului de expunere: 1 punct;
- existenţa de casete dedicate 1 punct;
- facilitate de stereotaxie 10 puncte.

f) ecografia - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:
- mod de lucru al unităţii de bază:
  - B (sau 2D): 1 punct;
  - M: 1 punct;
  - Doppler color: 2 puncte;
  - Doppler color power sau angio Doppler: 1 punct;
  - Doppler pulsat: 1 punct;
  - triplex: 0.5 puncte;
  - achiziţie imagine panoramică: 1 punct;
  - achiziţie imagine panoramică cu Doppler color: 1 punct;
  - achiziţie imagine cu armonici superioare: 1 punct.
- caracteristici tehnice sistem:
  - monitor alb-negru/color - 1 punct;
  - modalităţi de salvare a imaginilor (DICOM sau compatibile PC) pentru fiecare opţiune se adaugă 1 punct;
  - aplicaţii software incluse (abdomen, părţi moi, obstetrică-ginecologie) 1 punct;
  - stocare imagini DICOM (CD, DVD, stick USB, hard disk) 2 puncte;
  - printer alb-negru/color 1 punct;

g) computer tomografie - se acordă 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului

- se acordă 15 puncte pentru fiecare computer tomograf secvenţial, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:
- numărul de secţiuni concomitente:
  - 2 - 8 secţiuni 25 puncte;
  - 16 - 32 secţiuni 40 puncte;
  - peste 32 secţiuni 70 puncte;
- timp de achiziţie a imaginii:
  - 0,5 - 1 secundă: 10 puncte;
  sau
  - < 0,5 secunde: 20 puncte.
- aplicaţii software* instalate pe computerul tomograf:
  - 3D: 2 puncte;
  - Circulaţie - 64 slice 2 puncte;
  - evaluare nodul pulmonar - 16 slice 2 puncte;
  - perfuzie - 64 slice 2 puncte;
  - colonoscopie - 64 slice 2 puncte;
  - angiografie cu substracţie de os - 16 slice 2 puncte;
  - dental - 2 slice 2 puncte.

---

* se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a aplicaţiilor menţionate instalate pe echipament

- accesorii - printer - digital 5 puncte;
  - analog 1 punct;
  - injector automat 15 puncte;
  - staţie de post procesare şi software aferent*: 20 puncte;

---

* se va puncta dacă în documentaţia de punere în funcţiune există dovada deţinerii şi instalării echipamentului

h) imagistică prin rezonanţă magnetică - se acordă 100 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului

- se acordă 30 de puncte pentru aparatele de rezonanţă magnetică dedicate anumitor segmente (Ex: sân, extremităţi, cap, genunchi etc.), scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

1. - câmp magnetic - 1,5 T 10 puncte;
   - peste 1,5 T 20 puncte;
2. - pentru fiecare tip de antenă instalată* se adaugă: 20 puncte;

---

* se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a echipamentelor

3. Aplicaţii software* instalate pe RMN
   - Post-procesare 3D - prelucrarea achiziţiilor în 3D: 10 puncte

- Tractografie - vizualizarea tracturilor 3D a materiei albe cerebrale, cuantificarea, deplasarea sau ruperea lor 10 puncte
- Perfuzie - cuantificarea permeabilităţii tumorale în funcţie de modelul farmacocinetic al substanţei de contrast pentru patologia cerebrală şi a prostatei: 10 puncte
- Perfuzie fără substanţă de contrast - permite vizualizarea neinvazivă a perfuziei teritoriilor cerebrale corespunzătoare arterelor cerebrale individuale: 10 puncte
- Soft cardiac - evaluarea viabilităţii, perfuziei şi dinamicii cordului: 10 puncte
- Soft de scanare corp în totalitate - scanarea întregului corp într-un timp foarte scurt: 10 puncte
- Angiografie de corp în totalitate - permite vizualizarea sistemului vascular a întregului corp de la arcul aortic până la degetele de la picioare: 10 puncte
- Spectroscopie 10 puncte

---

* se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a aplicaţiilor instalate pe echipamente

4. Accesorii
- Printer - digital: 5 puncte;
  - analog: 1 punct;
- Injector automat: 15 puncte;
- Staţie de post procesare şi software aferent* 20 puncte.
(alta decât staţia de vizualizare)

---

* se va puncta dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada echipamentului

i) medicină nucleară (Gamma Camera) - se acordă 70 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:
- cu o cameră de citire 5 puncte;
- cu două camere de citire 15 puncte;
- Hot lab: 15 puncte.

j) osteodensitometrie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia şi stocarea imaginilor:
- cameră obscură umedă manuală 1 punct;
- developator automat umed 3 puncte;
- developator umed day light 5 puncte;
- cititor de plăci fosforice (CR) 15 puncte;
- developare automată uscată: 10 puncte;
- arhivă filme radiografice 5 puncte;

- arhivă CD 15 puncte;
- arhivă de mare capacitate (PACS) 50 puncte;
- digitizer pentru medii transparente (filme) 5 puncte.

NOTA 1: Aparatele mai vechi de 10 ani nu se punctează.

NOTA 2: În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deţinut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziţie, anexă care descrie şi confirmă configuraţia tehnică a respectivului dispozitiv.

NOTA 3: Se punctează doar echipamentele utilizate pentru serviciile ce se contractează cu casele de asigurări de sănătate.

NOTA 4: Pentru furnizorii de servicii de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru, punctajul se acordă pentru fiecare aparat/echipament aflat într-un laborator/punct de lucru pentru care se încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane

Pentru fiecare categorie de personal se acordă următorul punctaj:

- medici:
  - medic de specialitate radiologie şi imagistică medicală: 20 puncte;
  - medic primar radiologie şi imagistică medicală: 35 puncte;
  - medic de specialitate medicină nucleară: 20 puncte;
  - medic primar medicină nucleară: 35 puncte;
  - medic specialist anestezist 20 puncte
  - medic primar anestezist 35 puncte
  - medic cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obţinută în ultimii 5 ani 5 puncte;
  - medic cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 5 ani: 10 puncte;

(punctajul se acordă pentru medicii din specialităţile clinice şi medicii de familie care efectuează servicii medicale paraclinice-ecografii în baza actelor adiţionale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice/contractelor de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară)

  - medic dentist 8 puncte;
  - medic dentist specialist 10 puncte;
  - medic dentist primar 15 puncte;

(punctajul se acordă pentru medicii dentişti care efectuează radiografii dentare retroalveolare şi panoramice în baza actelor adiţionale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară)

  - medic specialist explorări funcţionale 10 puncte;
  - medic primar explorări funcţionale 15 puncte;
- operatori:
  - absolvent colegiu imagistică medicală 6 puncte;
  - asistent medical imagistică medicală: 4 puncte;
  - bioinginer: 8 puncte;
  - fizician: 8 puncte;

- asistenţi medicali:
  - de radiologie cu studii superioare 6 puncte;
  - de radiologie fără studii superioare 4 puncte;
- asistenţi generalişti pentru Eco + ATI 3 puncte;
- personal auxiliar - tehnician aparatură medicală 5 puncte.

NOTĂ:

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru fracţiuni de normă se acordă punctaj direct proporţional cu fracţiunea de normă lucrată:

C. Logistica:

a) distribuţia rezultatelor investigaţiilor la medicul care a recomandat investigaţia:
- reţea de transmisie imagini interne (RIS) 8 puncte;
- transmisie de imagini în perimetrul limitrof şi la distanţă (PACS) 10 puncte;

b) software dedicat activităţii de laborator - care să conţină înregistrarea şi evidenţa biletelor de trimitere (serie şi număr bilet, CNP-ul pacientului, codul de parafă şi numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul şi numărul investigaţiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză şi arhivarea datelor de laborator, precum şi raportarea activităţii desfăşurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificaţiile tehnice ale aplicaţiei, care se verifică la sediul furnizorului):
- operaţional cu aparate conectate pentru transmitere de date 20 puncte.

c) website - care să conţină minimum următoarele informaţii:
- datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcţionare, certificări/acreditări 2 puncte.
- chestionar de satisfacţie a pacienţilor (cu obligaţia actualizării semestriale a rezultatelor şi afişarea pe site-ul furnizorului) 5 puncte.

d) teleradiologie:
- server în centrul de achiziţie 10 puncte
- server în centrul de citire 10 puncte
- linie VPN 10 puncte.

Punctajul se acordă o singură dată indiferent dacă furnizorul oferă servicii de teleradiologie CT sau RMN sau şi CT şi RMN.

Pentru furnizorii de investigaţii 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) şi c) se acordă o singură dată pentru laboratorul/punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

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

2. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 5%.

Criteriul financiar se referă la tarifele propuse de furnizorii de investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică, cu încadrarea obligatorie în tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică care prezintă tarife ce depăşesc tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate cuprinse în anexa nr. 7 la ordin sunt respinşi de la contractare.

a. Pentru încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de investigaţii de radiologie-imagistică medicală prezintă în ofertă procentul cu care propun diminuarea tarifelor maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, pentru fiecare tip de investigaţii, procent care nu poate depăşi 5% din tariful maximal.

b. Tarifele rezultate ca urmare a aplicării procentului de diminuare cel mai mare propus pentru fiecare tip de investigaţii reprezintă tarifele care se contractează cu toţi furnizorii de investigaţii de radiologie-imagistică medicală.

c. Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 se acordă furnizorului care a ofertat procentul de diminuare cel mai mare pentru fiecare tip de investigaţii. Pentru furnizorii care au propus procente de diminuare mai mici faţă de procentul de diminuare cel mai mare se acordă un punctaj proporţional în funcţie de primul clasat.

d. Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

3. Criteriul de disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acordă astfel:

- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, de luni până vineri, se acordă 30 puncte
- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, inclusiv sâmbătă, duminică şi sărbători legale se acordă 60 puncte

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă pentru fiecare laborator/punct de lucru.

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

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

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

a) 85% pentru criteriul de evaluare;

b) 5% pentru criteriul financiar;

c) 10% criteriul de disponibilitate.

B. Pentru fiecare criteriu se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor la cele trei criterii, cu excepţia numărului total de puncte obţinut de furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii de radiologie şi imagistică medicală în regim ambulatoriu şi de laboratoarele de radiologie şi imagistică medicală/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărţirea 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 obţinută pentru fiecare dintre cele 3 criterii se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor pentru fiecare criteriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obţine prin însumarea celor trei sume stabilite conform lit. D.

F. Criteriile şi modalitatea de calcul se aplică în acelaşi mod şi pentru furnizorii de servicii paraclinice de radiologie-imagistică pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare şi care efectuează investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică în regim ambulatoriu, precum şi pentru furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică în regim ambulatoriu.

Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

Sumele care rezultă pentru aceşti furnizori se contractează şi se decontează din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească.

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică medicală pe total judeţ - de către comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de explorări funcţionale din totalul fondului cu destinaţia de servicii paraclinice de radiologie-imagistică medicală.

Pentru furnizorii de explorări funcţionale - criteriile specifice de selecţie se aplică în mod corespunzător (numai investigaţiile, aparatele şi personalul specific).

H. În situaţia în care niciunul dintre furnizori nu îndeplineşte criteriul de disponibilitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. A lit. c) se repartizează proporţional la celelalte criterii prevăzute la lit. A lit. a) - b).

ANEXA 12

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- Cabinetul medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare

- cabinetul individual ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul titular .....;

- cabinetul asociat sau grupat ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul delegat .....;

- societatea civilă medicală ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin administratorul .....;

- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

- Ambulatoriul de specialitate şi ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv a spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic şi tratament şi centrul medical - unităţi cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil .....

adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....;

- Unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin ..... în calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice acordă asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale şi în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în următoarele specialităţi şi competenţe/atestat de studii complementare (pentru fitoterapie, homeopatie, acupunctură, planificare familială):

a) .....;
b) .....;
c) .....;
..... .

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile 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 2012.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale clinice autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea şi valoarea de contract (pentru serviciile de acupunctură) a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare; pentru furnizorii de servicii de acupunctură decontarea se face în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afişare atât la sediul casei de asigurări de sănătate, cât şi pe pagina electronică a acesteia, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, precum şi numărul total naţional de puncte realizat, afişat pe pagina de web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii; Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

i) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, precum şi contravaloarea serviciilor medicale pentru care nu se solicită bilet de trimitere conform prevederilor Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice acordate de medici conform specialităţii confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii şi au în dotarea cabinetului aparatură medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

l) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical/serviciu medical-caz în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

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

2. să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

3. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi ale Ordinului

ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, atât pe suport de hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

5. să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

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

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

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

9. a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

10. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

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

12. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul;

14. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

15. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

16. să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

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

18. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

19. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

20. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

21. să asigure acordarea asistenţei medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

23. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

24. să acorde servicii de asistenţă medicală ambulatorie de specialitate asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia: urgenţelor, afecţiunilor cronice prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului

nr. 1389/2010, pentru care se organizează evidenţa distinctă la nivelul medicului de familie şi al medicului de specialitate din ambulatoriu, afecţiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate şi pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare şi tratament pentru minimum 6 luni, a serviciilor de medicină dentară, precum şi a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie şi planificare familială. Lista cuprinzând afecţiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialităţile clinice este stabilită prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, după caz, furnizorii de servicii medicale în asistenţa ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepţia serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi a investigaţiilor medicale paraclinice;

25. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

26. să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

27. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu şi a recomandărilor pentru investigaţii medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

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

29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

30. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situaţii furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate;

31. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

32. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

33. să raporteze, în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecţiuni cronice aflaţi în evidenţa proprie şi, lunar, mişcarea acestora, atât pe suport hârtie şi în format electronic;

34. să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

35. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

36. să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

37. să transmită rezultatul investigaţiilor medicale paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea se poate face şi prin intermediul asiguratului.

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu este tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe consultaţie şi tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură exprimate în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe ţară, pentru anul 2012; valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de ..... lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării

asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, se ajustează în funcţie de:

a) condiţiile în care se desfăşoară activitatea, cu .....%*)

b) gradul profesional medic primar .....%.

(5) a) Tariful pe consultaţie de acupunctură este de 13 lei;

b) Tariful pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 140 lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultaţiile şi serviciile medicale - caz de acupunctură este de ..... lei şi se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de recuperare.

Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este ..... lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

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

din care:

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

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

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

---

*) în condiţiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabileşte un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situaţie

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 valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale şi casele de asigurări de

sănătate, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor cuvenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură furnizate în luna anterioară se face pe baza numărului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctură şi a numărului de consultaţii de acupunctură şi a tarifelor pe cură şi pe consultaţie, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de .....

Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat daca numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8.5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei:Tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizate / 10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărţind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate şi raportate în luna respectivă).

În situaţia în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligaţia să anunţe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de acupunctură se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

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

a) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Grad profesional: .....
Specialitatea/atestat de studii complementare/competenţă: .....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate ..... ore/zi

b) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Grad profesional: .....
Specialitatea/atestat de studii complementare/competenţă: .....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate ..... ore/zi

c) .....
.....

VII. Calitatea serviciilor medicale

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

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

ART. 12 Clauză specială

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

IX. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 13 (1) În cazul în care se constată: nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 sau neeliberarea acesteia, precum şi neeliberarea prescripţiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se diminuează valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situaţii pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice la care se înregistrează aceste situaţii sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, pentru fiecare dintre aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 15, 16, 17, 20, 23, 28 se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice la care se înregistrează aceste situaţii sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de acupunctură, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22, şi 29 precum şi 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 - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice la care se înregistrează aceste situaţii sau, după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(4) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2) şi (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(8) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 pct. 33 consultaţiile, respectiv serviciile raportate pentru asiguraţii cu afecţiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate, nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile 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) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22 şi 29 precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 9.a), 11, 15, 16, 17, 20 şi 23;

h) refuzul furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

i) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi art. 7 pct. 24, 25, 34 şi 37 din prezentul contract;

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

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 13 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie pentru obligaţia prevăzută la art. 7 pct. 27, precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 13 alin. (3).

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situaţiile următoare:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 16 alin. (1) lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 pct. 35 din prezentul contract, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

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

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia Colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situaţie.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, constatată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 17 (1) Situaţiile prevăzute la art. 14 şi la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4 şi a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa

ART. 18 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

(2) 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 părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 19 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 20 Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu este element de negociere între părţi.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

ART. 22 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa

Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

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
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcţiei economice,
.....
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
.....
Vizat Juridic, contencios
.....

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cerere/solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ..... cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului .....
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract şi funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- act/acte doveditor/doveditoare privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice şi furnizorul de servicii conexe actului medical nr. ....., cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) avizul de liberă practică ....., atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România nr. ....., tipul serviciilor furnizate ..... şi programul de activitate ..... pentru persoanele care prestează servicii conexe actului medical,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar, valabil la data încheierii contractului,

- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar,
- programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru, programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor,
- lista privind evidenţa bolnavilor cu afecţiunile cronice prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ACT ADIŢIONAL pentru serviciile medicale paraclinice-ecografii, respectiv monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei efectuate de medicii de specialitate din specialităţile clinice, respectiv de medicii de specialitate din specialitatea cardiologie şi medicină internă

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

ANEXA 13

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Laboratorul de investigaţii medicale paraclinice organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată:

- laboratorul individual .....,....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ..., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... având sediul în municipiul/oraşul ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul titular .....;
- laboratorul asociat sau grupat ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul delegat .....;
- societatea civilă medicală ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentată prin administratorul .....;

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

Laboratoare din structura spitalului ....., inclusiv ale celor din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic şi tratament/Centrul medical - unităţi medicale cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon

fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, în următoarele specialităţi:

a) .....;

b) .....;

c) .....;

..... .

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile 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 2012.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorului de servicii medicale paraclinice, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport de hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorul de servicii medicale paraclinice în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice şi numai în condiţiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicaţiilor şi Turismului;

g) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să deconteze contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice acordate de medici conform specialităţii confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii şi de alt personal cu studii superioare de specialitate, dacă au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

j) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere;

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale paraclinice efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale paraclinice pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

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

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale paraclinice şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi 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 este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct pentru asiguraţi, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.

f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

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

h1) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

h2) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

i) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

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

n) să asigure acordarea serviciilor medicale paraclinice titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

o) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

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

q) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea şi la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din

ambulatoriul care a făcut recomandarea investigaţiilor medicale paraclinice, acesta având obligaţia de a transmite rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului;

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

s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

u) să efectueze investigaţiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

v) să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

x) să utilizeze numai reactivi care au declaraţii de conformitate CE emise de producători şi să practice o evidenţă de gestiune cantitativ-valorică corectă şi la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) să facă mentenanţa şi întreţinerea aparatelor din laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;

z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecţie, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, lista de analize medicale care însoţeşte certificatul de acreditare reprezintă cel puţin 50% din analizele medicale de laborator prevăzute în pachetul de servicii medicale paraclinice de bază;

w) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

aa) să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

ab) să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

ac) să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

ad) să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fişe tehnice - cu privire la

tipul şi cantitatea reactivilor achiziţionaţi şi care au fost utilizaţi pentru toate investigaţiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigaţii medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum şi pentru orice alte investigaţii, efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul;

ae) să asigure prezenţa unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, respectiv a unui medic de radiologie şi imagistică medicală, în fiecare laborator de radiologie şi imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru;

af) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

ag) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate şi limitele de normalitate ale acestora;

ah) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigaţiilor medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală, în conformitate cu specificaţiile tehnice ale aparatului şi în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, pentru asiguraţii cărora le-au furnizat aceste servicii;

ai) să nu încheie contracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia furnizorilor de servicii conexe actului medical, organizaţi conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată şi modificată prin Legea nr. 598/2001;

aj) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidenţa biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura;

ak) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

al) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale;

serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalităţi de plată

ART. 8

Modalitatea de plată în asistenţa 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 obligaţia încadrării în valoarea contractului.

Tarifele negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile medicale paraclinice cu toţi furnizorii.

Suma anuală contractată este ..... lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei

- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei

- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:

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

- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,
din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.
Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre şi luni şi se regularizează lunar.

ART. 9 Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum ..... de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative care se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

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

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 14 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), j), l), m), o), r), şi s) se va diminua contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), i), k), n), p), t) şi w) precum şi 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 - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(3) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1) şi (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) şi (2) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor, după caz.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile 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) la a doua constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 7 lit. a), c), i), k), n), p), t) şi w) precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), h1), j), l), m), o) şi s);

h) în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. ae); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situaţie şi se modifică corespunzător contractul;

i) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional 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 şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menţionate la art. 7 lit. ad);

l) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi a obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. q), x), y), z), ac), ag), ah) şi ai).

m) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzută la art. 14 alin. (1), precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii de la art. 14 alin. (2); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) de câte 3 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 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi filială sau de către acelaşi 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 situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

ART. 16 (1) Contractul încetează la data la care a intervenit una dintre situaţiile următoare:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale paraclinice îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale paraclinice după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului laboratoarelor medicale individuale;

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea 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 anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 17 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi nerespectarea obligaţiei - prevăzută la art. 7 lit. ak) din prezentul contract, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

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

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia Colegiului teritorial al Medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei al medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale, aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în această situaţie;

e) în situaţia în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanţe între investigaţiile medicale efectuate în perioada verificată şi cantitatea de reactivi achiziţionaţi conform facturilor şi utilizaţi în efectuarea investigaţiilor;

f) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

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

ART. 19 (1) Situaţiile prevăzute la art. 15 şi la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 20 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

(2) 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 părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenţei medicale ambulatorii

de specialitate pentru specialităţile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

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

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau, de către instanţele de judecată, după caz.

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
Preşedinte - director general,  Reprezentant legal,
.............................   ............................
Director executiv al Direcţiei economice,
...................................................
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
...................................................
          Vizat
    Juridic, contencios
...............................
```

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cerere/solicitare pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ..... sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....,

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, ...,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, pentru fiecare medic;
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar, valabil la data încheierii contractului,
- certificat de membru al Colegiului Farmaciştilor din România
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, biologi, chimişti, biochimişti
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor
- programul de activitate al laboratorului/punctului de lucru, programul personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor
- avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;
- certificat de acreditare nr. ....., în conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 15189, însoţit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator.
- certificat de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2008 sau alt standard adoptat în România nr. ....., pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice
- radiologie şi imagistică medicală
- dovada participării la schemele de testare a competenţei pentru laboratoarele de analize medicale nr. .....,
- declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate (modelul din anexa nr. 8 B) .....
- documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecţie conform condiţiilor stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 precum şi următoarele documente.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 14

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

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- cabinetul medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi 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 înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ..., reprezentată prin .....;

- unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţele sanitare proprii, ..., reprezentată prin .....;

- ambulatoriul de specialitate şi ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte

- Centrul de diagnostic şi tratament şi centru medical - unitate cu personalitate juridică ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ....., e-mail ....., reprezentat prin .....

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară acordă asiguraţilor serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii de medicină dentară şi în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, în următoarele specialităţi

a) .....

b) .....

c) .....

.....

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de medicină dentară din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face de către următorii medici dentişti/dentişti

1. .....

2. .....

3. .....

4. .....

.....

.....

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2012.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 6 În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, autorizaţi şi evaluaţi, şi să facă publică, în termen de max. 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale de medicină dentară, suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicină dentară sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor serviciilor medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii; Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

h) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară şi contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării

asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

j) să acorde furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare

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

ART. 7 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligaţii

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de medicină dentară furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare

2. să informeze asiguraţii cu privire obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical

3. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de medicină dentară, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare

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

7. să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate

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

9.a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare

9.b) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului

10. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului

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

12. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie

13. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente

14. să asigure acordarea de servicii medicale de medicină dentară asiguraţilor, fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament

15. să acorde servicii medicale de medicină dentară cu prioritate femeii gravide

16. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web

17. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

18. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale

19. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune

20. să asigure acordarea asistenţei medicale de medicină dentară necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale

internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale

21. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor

22. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010

23. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale de medicină dentară programabile, dacă este cazul

24. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul

25. să asigure acordarea serviciilor de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii;

26. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare

27. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

28. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

29. să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

30. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu şi a recomandărilor pentru investigaţii medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

31. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor,

dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

32. să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistenţa medicală dentară din ambulatoriu este tarif pe serviciu de medicină dentară exprimat în lei

ART. 9 Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora şi în condiţiile prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 şi în limita sumei contractate şi defalcate trimestrial şi lunar/cabinet, stabilită conform art. 11 din anexa nr. 8 la ordinul menţionat 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 ....., pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 11 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de

Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic dentist din componenţa 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 şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară 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 asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au

condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

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

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 15 (1) În cazul în care se constată: nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, se diminuează contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, pentru fiecare dintre aceste situaţii, după cum urmează

a) la prima constatare cu 10%;

b) la a doua constatare cu 20%;

c) la a treia constatare cu 30%.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 16, 19, 22 şi 23 se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 17, 18, 20, 21, 24, şi 25 precum şi 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 - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii

(4) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2) şi (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5

zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile 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) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 17, 18, 20, 21, 24 şi 25 precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 9.a), 11, 14, 15, 16, 19 şi 22;

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

i) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

j) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi art. 7 pct. 29 din prezentul contract;

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 15 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie, precum şi pentru obligaţia prevăzută la art. 7 pct. 30 precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 15 alin. (3).

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii de medicină dentară îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, sau în raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale de medicină dentară, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentişti din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină dentară sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 18 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 18 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările

ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 pct. 31 din prezentul contract, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

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

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia Colegiului teritorial al medicilor dentişti de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situaţie.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 19 Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 20 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

(2) 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 părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenţei medicale ambulatorii

de specialitate pentru specialitatea medicină dentară, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

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

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin .... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

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
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
....	

Director executiv al Direcţiei Economice,

.....

Director executiv al Direcţiei Relaţii Contractuale,

.....

Vizat

Juridic, contencios

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. .....,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului

- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....,
- cont nr. ....., deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului, ...
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare
- certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentişti din România (pentru fiecare medic dentist) nr. .....,
- certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului,
- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentişti nr. .....,
- copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor nr. .....
- programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru, după caz, precum şi programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor
- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină

ACT ADIŢIONAL pentru serviciile medicale paraclinice - pentru radiografia dentară retroalveolară şi panoramică efectuate de medicii de medicină dentară

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

ANEXA 15

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie (pentru unităţile sanitare ambulatorii de recuperare)

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

Şi

- unităţile ambulatorii de recuperare, medicină fizică şi balneologie aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie, reprezentată prin .....;

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

- societatea de turism balnear şi de recuperare, constituită conform Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi care îndeplineşte condiţiile prevăzute de Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea şi funcţionarea societăţilor comerciale de turism balnear şi de recuperare, aprobată cu modificările şi completările ulterioare prin Legea nr. 143/2002 ....., reprezentată prin .....;

- ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor şi Infrastructurii, reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte; având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ....., e-mail .....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

III. Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare

ART. 2 Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie asiguraţilor, conform anexei nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare, se face de către următorii medici:

1. .....;

2. .....;

3. ..... .

ART. 4 Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare, medicină fizică şi balneologie.

IV. Durata contractului

ART. 5 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2012.

ART. 6 Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părţilor, pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 7 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

1. să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, autorizaţi şi evaluaţi, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea, şi valoarea de contract inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

2. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, în limita valorii de contract;

3. să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

4. să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorul de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin email la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

5. să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare, întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

6. să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală, a unor materiale sanitare şi dispozitivele medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

7. să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă al medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

8. să deconteze contravaloarea serviciilor medicale numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

9. să deconteze serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe ţară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

10. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, contravaloarea serviciilor acordate asiguraţilor, în condiţiile respectării prevederilor de la art. 45 alin. (3) din Contractul-cadru pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

11. să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

ART. 8 Furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie are următoarele obligaţii:

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

2. să informeze asiguraţii cu privire la şi obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

3. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi 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, medicină fizică şi balneologie; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind

condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de recuperare a sănătăţii potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

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

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

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

9.a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

9.b) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

10. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

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

12. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul;

14. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

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

16. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru

aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

17. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

18. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

19. să asigure acordarea asistenţei medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

21. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

22. să acorde servicii de asistenţă medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia: urgenţelor, afecţiunilor cronice prevăzute în norme, pentru care se organizează evidenţa distinctă la nivelul medicului de familie şi al medicului de specialitate din ambulatoriu, şi afecţiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare şi tratament pentru minimum 6 luni. Lista cuprinzând afecţiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialităţile clinice se stabileşte prin Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din

29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, după caz, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale.

23. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală după caz, a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

24. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu şi a recomandărilor pentru investigaţii medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

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

26. să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

27. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

28. să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

29. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

30. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

31. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

32. să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

33. să raporteze în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecţiuni cronice aflaţi în evidenţa proprie şi lunar mişcarea acestora;

34. să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate.

35. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

36. să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

37. să transmită rezultatul investigaţiilor medicale paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea se poate face şi prin intermediul asiguratului;

VI. Modalităţi de plată

ART. 9 Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultaţie şi tariful pe caz, exprimat în lei, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

ART. 10 (1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical-consultaţie*/ caz*	Valoare - lei -
0	1	2	3 = 1 x 2
Servicii medicale - consultaţii			
Servicii medicale - cazuri			

* Tariful pe serviciu medical - consultaţie şi tariful pe serviciu medical - caz sunt cele prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010şi au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie; în situaţia în care baza de tratament nu se află în structura reţelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătăţii sau aparţine unor ministere cu reţele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea serviciilor medicale - consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie

la nivelul tarifelor din anexa nr. 7 la ordin, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcţionării şi administrării unităţilor, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele şi materialele sanitare.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de ..... lei.

ART. 11 (1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultaţii şi a numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie realizate şi a tarifelor pe serviciu medical - consultaţie şi a tarifului pe serviciu - medical - caz, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat daca numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8.5, decontarea lunară a cazurilor finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei:Tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună / 10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărţind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de cazuri finalizate de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi raportate în luna respectivă.

În situaţia în care o cură de recuperare, medicină fizică şi balneologie se întrerupe, furnizorul are obligaţia de a anunţa casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat. O cură de tratament de recuperare, medicină fizică şi balneologie întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră:

Suma anuală contractată este de ..... lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,
din care:
- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei

- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,
din care:
- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei

- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,
din care:
- luna VII ..... lei

- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei

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

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic de recuperare, medicină fizică şi balneologie din componenţa 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 şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat.

ART. 12 Plata serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţi 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, medicină fizică şi balneologie

ART. 13 Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 14 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 15 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 16 Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, mari inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

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

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 18 (1) În cazul în care se constată: nerespectarea programului de lucru stabilit conform prezentului contract, prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 sau neeliberarea acesteia, precum şi neeliberarea prescripţiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se diminuează contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, pentru fiecare dintre aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%,

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 8 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 18, 21, 25 şi 26 se va diminua contravaloarea serviciilor de recuperare, medicină fizică şi balneologie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 8 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 20 şi 27 precum şi 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 cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30%

contravaloarea serviciilor de recuperare, medicină fizică şi balneologie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(4) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1) şi alin. (2) şi (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) şi (2) şi (3) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) şi (2) şi (3) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2) şi (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(8) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 8 pct. 33, consultaţiile, respectiv serviciile raportate pentru asiguraţii cu afecţiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate;

ART. 19 Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile 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) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 8 pct. 1), 3), 10), 12), 13), 16), 17), 19), 20) şi 27) precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 8 pct. 2), 5), 6), 7), 8), 9.a), 11), 14), 15), 18), 21) şi 26);

h) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea

medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

j) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi art. 8 pct. 22), 23), 32) şi 37 din prezentul contract;

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie, pentru obligaţia prevăzută la art. 8 pct. 24, precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 18 alin. (3).

ART. 20 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale de recuperare îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 21 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract,

prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 21 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 8 pct. 35 din prezentul contract, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

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

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia Colegiului teritorial al Medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situaţie.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 22 (1) Situaţiile prevăzute la art. 19 şi la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

ART. 23 Prezentul contract poate fi reziliat de către părţile contractante datorită neîndeplinirii obligaţiilor contractuale, sub condiţia notificării intenţiei de reziliere cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte rezilierea.

XI. Corespondenţa

ART. 24 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părţilor. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 25 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 26 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

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

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

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 28 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie 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
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcţiei economice,

.....

Director executiv al Direcţiei Relaţii contractuale,

.....

Vizat

Juridic, Contencios

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. .....,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ..... valabilă la data încheierii contractului;

- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare nr. ....., sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....;
- cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. ..... deschis la Banca .....;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului, ...;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;
- programul de lucru al furnizorului;
- lista personalului medico-sanitar care îşi exercită profesia la furnizor şi programul de lucru al acestuia;
- copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor nr. .....,
- certificat de membru al Colegiului Medicilor din România (pentru fiecare medic) nr. .....;
- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii nr. .....;
- certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului,
- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar,
- lista cu tipul şi numărul de aparate aflate în dotare;
- declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate (modelul din anexa nr. 8 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010).
- notă de fundamentare privind:

a) numărul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat / oră, conform fişelor tehnice ale aparatelor.

b) numărul maxim de proceduri / oră posibil de efectuat în cadrul programul de lucru de către personalul mediu sanitar care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor, având în vedere prevederile Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1778/2006 privind aprobarea normativelor de personal, cu modificările şi completările ulterioare

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 16

PACHET DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitaliceşti pentru patologia care necesită internare în condiţiile prevăzute la art. 61 alin. (3) lit. a) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

B. Servicii medicale spitaliceşti care nu necesită internarea, prestate în regim de spitalizare de zi. Un serviciu medical spitalicesc prin spitalizare de zi reprezintă totalitatea investigaţiilor, tratamentelor şi procedurilor medicale acordate pentru rezolvarea unui caz.

1. În unităţile spitaliceşti, tipurile de servicii medicale ce pot fi furnizate în regim de spitalizare de zi sunt:

1.1. servicii medicale prezentate la pct. 2 lit. a) - p);

1.2. servicii medicale - caz rezolvat pentru situaţiile care nu necesită spitalizare continuă, altele decât cele prevăzute la pct. 1.1 şi care sunt acordate de către medicii din unităţile sanitare cu paturi în cadrul programului normal de lucru, inclusiv monitorizarea bolilor cronice pentru care aprobarea unor medicamente se realizează prin comisiile organizate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în acest scop, precum şi serviciile acordate de către medicii din camerele de gardă şi din structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, în cadrul programului normal de lucru; tariful pe caz rezolvat este cel negociat de casele de asigurări de sănătate cu unităţile spitaliceşti, conform notei de fundamentare a tarifului completată prin utilizarea modelului prevăzut în anexa nr. 16 A la ordin.

Pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în camerele de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, care nu necesită internare prin spitalizare continuă, se întocmeşte o fişă pentru spitalizare de zi după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătăţii publice nr. 1706/2007 privind conducerea şi organizarea unităţilor şi compartimentelor de primire a urgenţelor, cu modificările şi completările ulterioare.

2. Serviciile medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi ce se pot acorda în unităţi sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să efectueze aceste servicii, sunt cele prevăzute la punctul 1.2, precum şi serviciile medicale de mai jos cu tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, aferente:

	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate (lei/serviciu medical)
a) - Radioterapie	
1. Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltal	29 lei/ședință
2. Radioterapie cu megavoltaj - cobaltoterapie	144 lei/ședință
3. Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 2 D	180 lei/ședință
4. Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 3 D	320 lei/ședință
5. Brahiterapie	302 lei/ședință

b) - Chimioterapie*)	48,50/şedinţă
c) - Litotritie	350,00/şedinţă
d) - Implant de cristalin**)	247,54
e) - Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală	28,93
f) - Servicii medicale de oftalmologie:	
- evisceraţie, orjelet, glaucom, pterigion, entropion, strabism, crioaplicaţie, electrorezecţie	48,57
g) - Servicii medicale ortopedie:	
- halux valgus, artroscopie genunchi, chist sinovial, Dupuytren, bursită genunchi, bursită cot, ruptură chist sinovial picior, secţiune tendoane picior, secţiune tendoane mână, amputaţie deget mână, chist sinovial picior	128,66
h) - Servicii medicale ORL:	
- rezecţie septală, amigdalectomie, adenoidectomie, excizie formaţiune tumorală, polipectomie nazală	116,15
i) - Servicii medicale flebologie (operaţie flebologie)	92,09
j) - Anestezie (numai ca urmare a unui serviciu medical prevăzut la pct. B):	
- rahianestezie	158,11
- anestezie generală inhalatorie	239,38
- anestezie de contact şi infiltraţie	46,06
- anestezie locoregională de infiltraţie	114,99
- anestezie locală	16,63
- anestezie generală	300,00
k) - Chirurgie maxilo-facială/chirurgie orodentară	
Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus), regularizare creastă hemiarcadă, tratament hiperostoză tuberozitară	86,80
Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare, excizia hiperplaziei de mucoasă, extirparea formaţiunilor tumorale (osoase - de părţi moi), adâncirea şanţului vestibular sau lingual, superior sau inferior, alveoloplastie, rezecţie apicală cu obturaţie/fără obturaţie, amputaţie radiculară, premolarizare, metoda chirurgicală ortodontică (tunelizare)	
- dinţi ectopici, dinţi din focarul de fractură, excizia bridelor	57,87
- operaţie cu lambou	190,95
- corecţie fren, infiltraţie trigeminală	26,62
l) - amniocenteză***)	900,00
m) - biopsie de vilozităţi coriale***)	900,00
n) - Servicii de mică chirurgie: tumorete, lipoame, plăgi, abcese, chisturi	128,66
o) - monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	200/lună/pacient
p) – tratamentul şi profilaxia rabiei	40 / serviciu (administrare)

NOTĂ:

Pentru pacienţii la care se monitorizează rezistenţa la tratamentul retroviral, tariful maximal este de 350 lei/lună/pacient

---

*) Tariful nu cuprinde medicamentele specifice nominalizate prin programul naţional cu scop curativ şi suportate din fondul alocat pentru programul naţional cu scop curativ.

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare.

***) Biopsia de vilozităţi coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină fetală; în tarifele aferente acestora este inclusă şi prelucrarea probelor prelevate - analiza ADN prin PCR a cromozomilor 13, 18, 21, X şi Y pentru diagnosticarea sindromului Down, Edwards, Patau, a sexului fetal şi anomalii numerice a cromozomilor sexuali.

NOTĂ:

1. Tarifele cuprind toate cheltuielile aferente serviciului medical (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare, investigaţii medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operaţie, precum şi cheltuieli indirecte).

2. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanţă: CT, RMN, scintigrafie, angiografie. Serviciile medicale de înaltă performanţă: CT, RMN, scintigrafie, angiografie se decontează în următoarele condiţii:

- afecţiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilităţi de explorare;
- urgenţe medico-chirurgicale majore, după cum urmează:

Explorări computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă, cu dilacerare de părţi moi şi/sau afectare de organe interne
2. monotraumatisme:
- cranio-cerebrale
- coloană vertebrală
- torace
- abdomino-pelvine
- fracturi cominutive şi/sau deschise cu interesare de vase ale extremităţilor
3. hemoragii interne (după stabilizarea funcţiilor vitale)
4. accidente cerebro-vasculare acute şi afecţiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical
5. insuficienţă respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară
6. urgenţe 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 asiguraţii cu contraindicaţii (prezenţă de stimulatoare cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni)

Explorări prin rezonanţă magnetică nucleară (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare
2. accidente vasculare cerebrale şi afecţiuni 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. urgenţe în patologia demielizantă (nevrita optică; parapareze brusc instalate)

Examenul RMN va înlocui examenul CT la asiguraţii cu contraindicaţii (insuficienţă renală, insuficienţă cardiacă severă, sarcină, alergie la substanţele 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:

- afecţiuni vasculare indiferent de localizare

CAPITOLUL II Pachet minimal de servicii medicale în asistenţa medicală spitalicească

În situaţia în care pacientul nu poate dovedi achitarea la zi a contribuţiei datorate la fond, spitalul acordă serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă având obligaţia să evalueze situaţia medicală a pacientului şi să îl externeze dacă serviciile medicale de urgenţă nu se mai justifică. La solicitarea pacientului se poate continua internarea cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitaliceşti de către acesta.

Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienţilor beneficiari ai pachetului minimal de servicii medicale sunt:

- situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau care au acest potenţial până la rezolvarea situaţiei de urgenţă;
- boli cu potenţial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.

CAPITOLUL III Pachet de servicii medicale spitaliceşti pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

- urgenţe medico-chirurgicale în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau care au acest potenţial, până la rezolvarea situaţiei de urgenţă;
- boli cu potenţial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.
- tratamentul bolnavilor psihic prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi în cazurile dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare sau internare obligatorie;
- naşterea;
- diagnosticul şi tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu.

ANEXA 16 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz/serviciu pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi.

1. Ştatul de personal

2. Execuţia bugetului instituţiei sanitare publice la data de 31.12.2011 sau 30.09.2011, după caz.

3. Ultima formă a bugetului de venituri şi cheltuieli pentru anul 2011 valabilă la 31.12.2011, aprobată de ordonatorul de credite.

4. Lista investigaţiilor paraclinice/serviciilor medicale clinice - consultaţii interdisciplinare, efectuate în alte unităţi sanitare: nr., tipul, valoare şi nr. de bolnavi internaţi pentru care au fost efectuate aceste servicii.

5. Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi, la fundamentarea tarifului pe caz/serviciu se prezintă: modelul de pacient şi lista şi numărul serviciilor medicale necesare pentru rezolvarea cazului/serviciului medical,

6. Stocul de medicamente, materiale sanitare şi reactivi la 01.01.2011 şi la 31.12.2011.

7. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2012, pe elemente de cheltuieli*)

---

*) Se completează pentru fiecare secţie/compartiment pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, pe bază de tarif pe zi de spitalizare şi pentru fiecare structură de spitalizare de zi pentru care plata serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi se face pe caz/serviciu medical.

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificaţie bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizaţii 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 vacanţă	10.01.09	
Indemnizaţii plătite unor persoane din afara unităţii	10.01.12	
Indemnizaţii de delegare	10.01.13	
Indemnizaţii de detaşare	10.01.14	
Alocaţii pentru locuinţe	10.01.16	

Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuţii	10.03	
Contribuţii de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuţii de asigurări de şomaj	10.03.02	
Contribuţii de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuţii de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10.03.04	
Contribuţii pentru concedii şi indemnizaţii	10.03.06	
Contribuţii la fondul de garantare a creanţelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ŞI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri şi servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curăţenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat şi forţă motrică	20.01.03	
Apa, canal şi salubritate	20.01.04	
Carburanţi şi lubrifianţi	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poşta, telecomunicaţii, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale şi prestări servicii pentru întreţinere cu caracter funcţional	20.01.09	
Alte bunuri şi servicii pentru întreţinere şi funcţionare	20.01.30	
Reparaţii curente	20.02	
Medicamente şi materiale sanitare	20.04	
Hrana	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanţi	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	

Deplasări, detaşări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detaşări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărţi, publicaţii şi materiale documentare	20.11	
Consultanţă şi expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecţia muncii	20.14	
Comisioane şi alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare şi extrajudiciare derivate din acţiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispoziţiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol şi reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri şi servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂŢI ALE ADMINISTRAŢIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acţiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanţarea unităţilor de asistenţă medico-sociale	51.01.38	
Aparatură şi echipamente de comunicaţii în urgenţă	51.01.08	
Transferuri pentru reparaţii capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanţarea investiţiilor spitalelor	51.02.12	

MANAGER ..... DIRECTOR MEDICAL ..... DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL .....

ANEXA 16 B

DESFĂŞURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE PENTRU CARE SPITALUL NU DEŢINE DOTAREA NECESARĂ SAU APARATURA EXISTENTĂ ÎN DOTAREA ACESTUIA NU ESTE FUNCŢIONALĂ) ŞI AL CONSULTAŢIILOR INTERDISCIPLINARE, EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE, PE BAZA RELAŢIILOR CONTRACTUALE STABILITE ÎNTRE UNITĂŢILE SANITARE (CONFORM art. 72 lit. a) DIN CONTRACTUL-CADRU)

UNITATEA SANITARĂ CU PATURI .....

LOCALITATEA .....

JUDEŢUL .....

CONTRACT ÎNCHEIAT CU CAS. NR. .....

1. DESFĂŞURĂTORUL LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile medicale paraclinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul investigaţiei paraclinice efectuate	Număr investigaţii paraclinice efectuate	Tarif/investigaţie paraclinică contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
	TOTAL		X	

---

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări

2. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile paraclinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul investigaţiei paraclinice efectuate	Nr. investigaţii paraclinice	Tariful investigaţiei efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5

Subtotalul investigaţiilor paraclinice efectuate pe un CNP				X	
...					
TOTAL					

---

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 1.

Total col. C6 = total col. C5 din tabelul de la pct. 1.

3. DESFĂŞURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAŢII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE (CONFORM art. 72 lit. b) DIN CONTRACTUL-CADRU)

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul consultaţiei interdisciplinare efectuate	Număr consultaţii interdisciplinare efectuate	Tarif/consultaţie interdisciplinară contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			x	

---

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări.

4. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAŢII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul consultaţiei interdisciplinare efectuate*)	Nr. consultaţii interdisciplinare	Tariful consultaţiei interdisciplinare efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotalul consultaţiilor inter-disciplinare din specialităţile clinice efectuate pe un CNP				x	
...					
...					
TOTAL					

---

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3

Total col. C6 = tot. col. C5 din tabelul de la pct. 3

5. DESFĂŞURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, CARE NECESITĂ CONDIŢII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAŢIILOR ŞI INVESTIGAŢIILOR PARACLINICE (CONFORM art. 72 lit. c) DIN CONTRACTUL-CADRU)

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea specializată care a furnizat serviciile de transport*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km. aferenţi serviciilor	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
TOTAL				X	

---

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

6. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, CARE NECESITĂ CONDIŢII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAŢIILOR ŞI INVESTIGAŢIILOR PARACLINICE LUNA ..... ANUL .....

Unitatea specializată care a furnizat serviciile de transport*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km. aferenţi serviciilor	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
Subtotal pe un CNP					x	
..						
..						
	TOTAL				X	

---

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 5

Total col. C7 = tot. col. C6 din tabelul de la pct. 5

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....

NOTĂ:

Desfăşurătoarele se întocmesc lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, atat pe suport de hartie cat si electronic, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

În tabelele de la pct. 2, 4 şi 6, în coloana "c2", pentru cetăţenii străini se va completa numărul de identificare sau numărul cardului european/numărul paşaportului.

MANAGER	DIRECTOR MEDICAL	DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL
.....	.....	.....

ANEXA 17

CONDIŢIILE
acordării serviciilor medicale în unităţi sanitare cu paturi şi modalităţile de plată ale acestora

SPITALE

ART. 1 Serviciile medicale spitaliceşti de care beneficiază asiguraţii sunt: servicii medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă şi spitalizare de zi.

ART. 2 Serviciile medicale spitaliceşti se acordă sub formă de:

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

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

ART. 3 Serviciile medicale spitaliceşti ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unităţile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătăţii, fac obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi, Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti prevăzut în anexa nr. 20 la ordin.

Tarifele/servicii medicale se negociază pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, şi nu pot fi mai mari decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Tariful/caz rezolvat se negociază de unităţile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat reprezintă maxim 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu naţional prevăzut în Anexa 17A de 1444 lei, şi nu poate fi mai mare de 480 lei.

ART. 4 (1) Furnizarea de servicii medicale spitaliceşti se acordă în baza contractelor şi a actelor adiţionale încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi - în funcţie de care se stabileşte capacitatea maximă de funcţionare:

1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere şi numărul de posturi aprobate, potrivit legii;

2. număr de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii;

3. indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional şi în conformitate cu planul de paturi aprobat la nivel judeţean stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii; indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional luat în calcul la stabilirea capacităţii maxime a spitalelor, în funcţie de secţie este:

- pentru secţii/compartimente de acuţi 290 zile
- pentru secţii/compartimente de cronici 320 zile
- pentru secţii/compartimente de cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani) 360 zile.

4. număr de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional pe tipuri de secţii/compartimente;

5. durată optimă de spitalizare/durata de spitalizare efectiv realizată/durată medie de spitalizare la nivel naţional în secţiile pentru afecţiuni acute, după caz;

6. număr de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea maximă de funcţionare a spitalului, potrivit structurii organizatorice a spitalului aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii şi normativelor în vigoare, pe secţii şi compartimente;

7. indice de complexitate a cazurilor;

8. număr de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi şi număr cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi;

9. numărul şi tipul investigaţiilor 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 spitaliceşti acordate în funcţie de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură şi de încadrarea cu personalul de specialitate;

2. infecţii nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

3. gradul de operabilitate înregistrat pe secţiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

5. numărul de cazuri de urgenţă medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgenţă (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;

6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractaţi pentru anul 2011, sau pentru perioada corespunzătoare, după caz.

(2) Spitalele vor prezenta caselor de asigurări de sănătate, în vederea contractării, nivelul indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manager interimar.

(3) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secţie şi pe tip de bolnavi: urgenţa, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, pentru cazurile neinternate.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti luând în calcul numărul maxim de paturi, în condiţiile prevederilor Hotărârii de Guvern privind aprobarea Planului naţional de paturi pentru perioada 2011 - 2013

(5) Furnizorul de servicii medicale spitaliceşti care înfiinţează, conform legii, structuri sanitare cu paturi distincte, în raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală sau pentru care solicită încheierea unui contract şi/sau în raza administrativ teritorială a oricărei case de asigurări de sanatate, poate incheia contract cu casa de asigurari de sanatate/casele de asigurari de sanatate, cu respectarea tuturor celorlalte condiţii de contractare.

În situatia in care furnizorul de servicii medicale spitalicesti se regaseste in anexa 17 A la ordin, contractarea si decontarea pentru afectiunile acute, se va face prin sistemul DRG pentru fiecare structura avizata/aprobata distinct, conform prevederilor legale in vigoare.

Fiecare structura distincta a furnizorului de servicii medicale spitalicesti va fi evidentiata distinct in anexa 17 A la ordin.

Pentru structurile nou infiintate, pentru care nu exista istoric astfel incat sa poata fi calculat ICM si TCP conform metodologiei aplicata pentru calcularea acestor valori, se aplica prevederile art. 5 alin (1) lit. a) punctul a.2 paragraful al doilea.

Pentru fiecare structură distinctă a furnizorului de servicii medicale spitaliceşti care are în componenţă secţii/compartimente de cronici se aplică prevederile art. 5 alin. (1) lit.b).

(6) Pe parcursul derulării, contractul se modifică in cazul revizuirii categoriei de spital, în situaţia in care a fost modificata clasificarea in sensul descresterii. Contractul se poate modifica în situatia in care a fost revizuită clasificarea in sensul cresterii, cu condiţia existenţei unor fonduri disponibile cu destinaţia servicii medicale spitaliceşti. Economiile rezultate datorită modificării contractelor ca urmare a revizuirii clasificării în sensul descreşterii categoriei de spital, se repartizează spitalelor de către casele de asigurări de sănătate, în funcţie de criteriile avute în vedere la contractare.

(7) Cazurile internate prin spitalizare continuă ca şi cazuri de urgenţă vor avea în vedere criteriile de evaluare retrospectivă a oportunităţii internării

Criterii de evaluare trimestrială retrospectivă a oportunităţii internării cazurilor de urgenţă			
1	Pierderea subită a cunoştinţei	Include comă sau incapacitate de răspuns la stimuli, schimbare acută în starea de conştienţă a pacientului. Include şi pierderea conştienţei ca urmare a traumelor. Exclude dezorientare sau confuzie.	□
2	Puls anormal	O frecvenţă periferică sub 50/min sau mai mare de 140/min , înregistrată cu două ocazii separate la distanţă de cel puţin 5 minute.	□
3	Tensiune anormală	O presiune sistolică sub 90 sau peste 200 mmHg, şi un o valoare diastolică de sub 60 sau peste 120 mmHg.	□
4	Pierderea acută a vederii sau a auzului	Pierdere severă parţială sau totală şi care s-a instalat rapid şi a persistă în momentul internării.	□
5	Pierderea acută a capacităţii de a mişca o parte importantă a corpului	Include răni cauzate de traume majore (fractură a oaselor membrului pelvin, paralizie a piciorului sau braţului; fractură a coloanei vertebrale în zona cervicală; disfagie acută cu risc de aspiraţie). Exclude rănile izolate ale mâinilor sau picioarelor.	□
6	Febră persistentă	Febră de cel puţin 5 zile (3 zile) cu temperatură de peste 38 °C.	□
7	Sângerare abundentă	Include hemoragie continuă cu orice localizare, care nu se poate trata în Departamentul de urgenţă (UPU/CPU/Cameră de gardă). Include orice suspiciune de sângerare internă.	□
8	Anomalie severă a electroliţilor serici sau a unui gaz din sânge	Măsurarea efectuată în momentul sosirii în UPU/CPU, după cum urmează: Sodiu <123 sau >156 mEq/L	□

		Potasiu <2.5 sau >6.0 mEq/L Bicarbonat <20 sau >36 mEq/L pH arterial pH <7.3 sau >7.45 Calcemie serică < 3 mmol/L sau > 6 mmol/L $PaCO_2$ >50 mmHg PaO_2 <50 mmHg	
9a	Anomaliile eletrocardiogramei	Rezultatele EKG efectuată la prezentare, care sugerează ischemie miocardică acută recentă.	□
9b	Suspiciune clinică şi biologică de ischemie miocardică acută	Evaluarea simptomelor ischemiei miocardice acute, în absenţa modificărilor ECG sau a enzimelor miocardice	□
10	Dehiscenţa plăgilor	Include doar complicaţiile postterapeutice sau deschiderea plăgilor sau leziuni care necesită închidere/sutură.	□
11	Durere paralizantă	Durere severă cu suspiciune de urgenţă medicală, fără a putea fi diagnosticată sau tratată adecvat în departamentul de urgenţă.	□
12	Necesitatea administrării Medicaţiei parenterale şi/sau repleţie volemică	Include administrarea medicaţiei IV, IM, IT, şi intra-arterial cel puţin la 8 ore. De asemenea, include ordinul pentru medicaţia IV cel puţin la 8 ore şi stabilizarea prin insulină pentru pacienţii tineri cu diabet sever. Exclude ordinul de a menţine accesul venos continuu.	□
13	Procedură semnificativă în primele 24 de ore de la internare	Semnificativ înseamnă că necesită anestezie regională sau generală şi realizarea într-o unitate specializată (cum ar fi sala de operaţii). Include practic toate operaţiile efectuate în urgenţă.	□

ART. 5 (1) Valoarea totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti, pentru afecţiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanţate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabileşte astfel:

- număr de cazuri externate x indice case-mix 2012 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2012,

respectiv

- număr de cazuri externate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi

La calculul acestei sume se vor avea în vedere:

a1) Suma maximă posibil de contractat (Sp) în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare a fiecărui spital calculată în conformitate cu prevederile Ordinului comun al ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienţi acuţi, pe baza clasificării spitalelor în funcţie de competenţă.

La calcularea formulei prevăzute în alin. (1) al art. 3 din anexa la Ordinul nr. 862/547/2011, numărul de paturi aprobate şi contractabile după aplicarea prevederilor Planului Naţional de Paturi se stabileşte de către o comisie formată din reprezentanţi ai casei de asigurări de sănătate şi ai direcţiei de sănătate publică/direcţiile medicale sau de structurile similare din ministerele şi instituţiile centrale cu reţea sanitară proprie.

Pentru anul 2012, numărul de cazuri externate calculat conform prevederilor alin. (1) al art. 3 din anexa la Ordinul nr. 862/547/2011 nu poate fi mai mare decât numărul mediu lunar de cazuri externate şi validate în anul precedent x 12 luni.

a2) Suma minimă contractată (Sm) de fiecare spital cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecţiuni acute, în funcţie de categoria în care este clasificat spitalul, calculată în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienţi acuţi, pe baza clasificării spitalelor în funcţie de competenţă, şi care nu poate fi mai mare de 130% din suma contractată în anul precedent pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienţii cu afecţiuni acute.

În formula de calcul pentru suma minimă contractată de casele de asigurări de sănătate cu spitalele, prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011, valoarea procentului de referinţă (P) utilizată este de 90.

Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formulele de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate ţinând cont de valoarea procentului de referinţă pentru categoria în care se clasifică spitalul, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienţi acuţi, pe baza clasificării spitalelor în funcţie de competenţă**.**

a3) Suma suplimentară (Ss) ce poate fi contractată peste cea minimă, dar nu mai mult de suma maximă posibil de contractat, la nivelul fiecărui spital, în limita fondurilor disponibile la nivelul casei de asigurări de sănătate, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (4) se stabileşte luând în calcul:

număr cazuri externate în anul 2011 raportate şi validate de SNSPMPDSB în anul 2011 x (ICM x TCP, în anul 2012) pentru fiecare spital x nr. puncte rezultat din autoevaluare /

$\sum_{1}^{n}$ (nr. cazuri externate raportate şi validate de SNSPMPDSB în anul 2011 x ICM 2012 x TCP2012 x nr. puncte rezultat din autoevaluare), unde n este nr. spitalelor pentru care casa de asigurări de sănătate contractează spitalizare continuă pentru cazurile acute**.**

Nu se reduc cazurile de urgenţă estimate a se interna luând în calcul datele ultimilor 3 ani.

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuies**c** cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

Suma disponibilă în bugetul casei de asigurări de sănătate cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti pentru calculul sumelor suplimentare se repartizează proporţional spitalelor pe baza formulei de mai sus. Suma suplimentară ce poate fi contractată de casa de asigurări de sănătate cu fiecare spital poate varia cu până la ± 15% faţă de Suma suplimentară repartizată proporţional spitalelor, în funcţie de particularităţile de la nivel local**.**

a4) Număr de cazuri externate ce poate fi contractat:

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital şi pe secţie se vor avea în vedere:

a4.1 - numărul de cazuri externate calculat la suma minimă = Sm / (ICM x TCP aferente fiecărui spital); rezultatul se rotunjeşte la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuies**c** cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a4.2. Număr de cazuri externate suplimentar contractat/spital = (Suma suplimentară contractată / (ICM x TCP aferente spitalului şi prevăzute în anexa 17 A)); rezultatul se rotunjeşte la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate ţinând cont de valoarea procentului de referinţă pentru categoria în care se clasifică spitalul, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienţi acuţi, pe baza clasificării spitalelor în funcţie de competenţă.

a4.3

Evaluarea spitalului în vederea acordării punctajului aferent se realizează în funcţie de:

a4.3.1. Număr linii de gardă:

a) 1 linie de gardă	0,5 puncte
b) 2 linii de gardă, din care una medicală şi una chirurgicală, asigurate de medici specialişti	0,8 puncte
c) peste 3 linii de gardă	1 punct

a4.3.2. Linie de gardă de terapie intensivă:

a) 1 linie de gardă de TI	1 punct
b) 2 linii de gardă de TI şi peste	2 puncte

a4.3.3. Complexitatea serviciilor medicale – analize de laborator:

a) a efectuat în anul 2011 sub 50% din numărul (poziţii) total de servicii prevăzut în pachetul de servicii de bază – Capitolul II din Anexa 7- la Ordinul nr. 864/538/2011	0,4 puncte
b) a efectuat în anul 2011 peste 50% din numărul (poziţii) total de servicii prevăzut în pachetul de servicii de bază – Capitolul II din Anexa 7- la Ordinul nr. 864/538/2011	0,8 puncte
c) a efectuat în anul 2011 cu peste 10% mai multe servicii decât numărul (poziţii) total de servicii prevăzut în pachetul de servicii de bază – Capitolul II din Anexa 7- la Ordinul nr. 864/538/2011	1 punct
d) are certificat de calitate ISO 15189	10 puncte

a4.3.4 Complexitatea serviciilor medicale – radiologie şi imagistică medicală:

a) radiologie clasică	0,5 puncte
b) Rx + CT	1 punct
c) Rx + CT + Scintigrafie	1,3 puncte
d) Rx + CT + Scintigrafie + Angiografie/RMN	1,6 puncte
e) Rx + CT + Scintigrafie + Angiografie + RMN	2 puncte

f) are certificat de calitate ISO 9001:2008 10 puncte

a4.3.5 Blocul operator

a) 1 sală şi 1 medic anestezist 0,3 puncte

b) peste 2 săli şi 1 medic anestezist 0,5 puncte

c) orice multiplu întreg de 2 săli şi 1 medic anestezist aduce câte 0,2 puncte în limita a maxim 2 puncte.

a4.3.6 Complexitatea ofertei de servicii

a) numai spitalizare continuă 0,7 puncte

b) spitalizare continuă şi de zi 1 punct

c) spitalizare continuă, de zi şi ambulatoriul integrat clinic 2 puncte

a4.3.7 Folosirea protocoalelor proprii de îngrijire medicală (trasee clinice)

a) nu folosesc 0 puncte

b) folosesc mai puţin de 5 protocoale pe secţie/specialitate 1 punct

c) folosesc între 6-10 protocoale pe secţie / specialitate 2 puncte

d) folosesc pentru mai mult de 20% din grupele de DRG raportate în anul 2011 3 puncte

e) prezentarea de proiecte de protocol cu aplicabilitate în anul 2012 1punct pentru fiecare grup de 10 protocoale

Spitalele vor anexa protocoalele şi analiza rezultatelor aplicării acestora.

a4.3.8 gradul de operabilitate realizat de spital în anul 2011 de secţiile chirurgicale (pacienţi operaţi/pacienţi internaţi x100):

a) sub 50% 0 puncte

b) 51% - 70% 0,5 puncte

c) peste 70% 1 punct

- aprecierea gradului de operabilitate se face pe baza procentului cazurilor clasificate în DRG chirurgicale din totalul cazurilor externate.

În vederea stabilirii punctajelor, spitalele vor depune o autoevaluare potrivit datelor de mai sus, însoţită de documentele justificative şi o declaraţie pe proprie răspundere că informaţiile corespund realităţii. Casele de asigurări de sănătate, în cadrul controalelor efectuate la spitale vor verifica corectitudinea autoevaluării şi vor diminua valoarea de contract a spitalului în mod corespunzător, conform punctajului acordat, dacă se constată neconcordanţe la nivelul spitalului.

a4.4 Numărul anual de cazuri externate negociat şi contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ţine seama şi de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează şi raportează trimestrial evidenţa acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate şi direcţiilor de sănătate publică.

a5) Indicele de case-mix 2012 se calculează pentru fiecare spital pe baza numărului şi a tipurilor de cazuri raportate în perioada 1 ianuarie 2011 - 30 septembrie 2011. Numărul de cazuri ponderate se obţine prin înmulţirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

Indicele de case-mix este prezentat în anexa nr. 17 A la ordin şi rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului cu excepţia situaţiilor în care se recalculează ca urmare a acţiunilor de control în sensul diminuării acestuia.

a6) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2012 este prezentat în anexa nr. 17 A la ordin şi se stabileşte 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 naţional, limitele superioare şi inferioare ale intervalului de normalitate al duratei de spitalizare pentru fiecare grupă de diagnostic, mediana duratei de spitalizare în secţiile ATI - naţional, precum şi definirea termenilor utilizaţi) sunt prevăzute în anexa nr. 17 B la ordin.

În situaţia în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 17 A la ordin are în structură secţii/compartimente de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri sau îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);

a7) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi

Tariful mediu pe caz rezolvat se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului şi indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2011şi sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţia servicii medicale spitaliceşti. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la ordin.

În situaţia în care unul din spitale are în structură secţii/compartimente de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri şi îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor lit. b).

b) suma pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii) din alte spitale, care se stabileşte 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/secţii/compartimente se negociază în funcţie de:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ţinându-se cont de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii, după caz) şi al judeţului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital şi pe secţie în anul 2012, în funcţie de numărul de paturi aprobat, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional la spitalul/secţia/compartimentul respectiv şi de durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată, pentru secţiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea optimă, dar nu mai mică de 75% faţă de aceasta, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (1) lit. a), după caz.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secţie/compartiment se ţine seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ţine evidenţa acestor indicatori.

2. Durata optimă de spitalizare stabilită de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii pe secţii este valabilă pentru toate categoriile de spitale şi este prevăzută în anexa nr. 19 la ordin. Pentru secţiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă 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 secţie/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secţiile şi compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcţie de particularităţile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul

casei de asigurări de sănătate cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 17 C la ordin.

4. Pentru secţiile medicale, numărul de cazuri externate, obţinut în condiţiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2011 pentru care nu se justifică internarea.

5. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condiţiile asistenţei medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabileşte 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. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzute în anexa nr. 17 C la ordin.

c) suma aferentă Programului naţional cu scop curativ pentru medicamente şi materiale sanitare specifice, finanţată din fondul alocat pentru programul naţional cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programului naţional cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

e) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice în cabinete de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi în cabinete de boli infecţioase, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru;

f) suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanţată din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

g) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat şi care se determină prin înmulţirea numărului negociat şi contractat de servicii medicale spitaliceşti pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unităţile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât şi pentru spitalizare de zi, tariful/caz rezolvat se negociază de unităţile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat reprezintă maxim 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat şi

grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu naţional prevăzut în Anexa 17A de 1444 lei, şi nu poate fi mai mare de 480 lei.

Suma contractată de către spital pentru servicii de spitalizare de zi, nu poate depăşi 25% din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, astfel:

- pentru spitalele care în anul 2011 au realizat valori ale indicatorilor contractaţi în regim de spitalizare de zi şi care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate, mai mari de 25% faţă de valoarea decontată pentru indicatorii realizaţi în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări contractează indicatori pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2012, în limita a maxim 25%, cu excepţia unităţilor sanitare care derulează programe naţionale de sănătate, dar nu mai mult de 50%.

- pentru spitalele care în anul 2011 au realizat valori ale indicatorilor contractaţi în regim de spitalizare de zi şi care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate, mai mici de 25% faţă de valoarea decontată pentru indicatorii realizaţi în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări contractează pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2012 o suma la nivelul celei decontate in anul anterior majorata cu o suma reprezentand 5 % din suma decontata pentru spitalizarea continua in anul anterior, dar fără a depăşi 25% din valoarea totală contractată pentru spitalizare continuă, pentru anul 2012.

(2) Sumele de la lit. c) şi d) ale alin. (1) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la lit. e) şi f) ale alin. (1) sunt prevăzute distinct în actele adiţionale la contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

(3) Cheltuielile ocazionate de activităţile desfăşurate în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, 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, şi sunt decontate prin tarif pe caz rezolvat. Numărul de cazuri şi tariful aferent acestora se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenţei medicale spitaliceşti. Sumele contractate pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în cadrul acestor structuri se evidenţiază distinct în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 6 (1) La contractarea serviciilor medicale spitaliceşti casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinaţie 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 unităţile sanitare cu paturi şi de către furnizorii de servicii medicale - investigaţii paraclinice în laboratoarele/punctele de lucru din structura acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare.

(2) Diferenţa de 6% din fondul cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti ce nu a fost contractată iniţial se utilizează astfel:

a) 5% pentru:

- decontarea serviciilor prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru,
- decontarea cazurilor externate prevăzute la art. 75 din Contractul-cadru,
- decontarea sumelor reprezentând depăşirea valorii trimestriale de contract cu maximum 5% din valoarea acesteia pentru spitalele de urgenţă,
- alte situaţii justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, după caz.

b) 1% pentru complexitate suplimentară a cazurilor în ceea ce priveşte comorbiditatea şi numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secţiilor/compartimentelor de terapie

intensivă. Suma se calculeaza trimestrial numai spitalelor care îndeplinesc cumulativ următoarele criterii:

- prezenţa permanentă a cel puţin unui medic în cadrul secţiei/compartimentului de terapie intensivă,
- prezenţa permanentă a unui număr corespunzător de personal mediu sanitar, conform prevederilor legale în vigoare, în cadrul secţiei/compartimentului de terapie intensivă,
- consum de medicamente de minimum 5% din totalul bugetului stabilit pentru secţia/compartimentul de terapie intensivă,
- consum de materiale sanitare cu cel puţin 50% peste media consumului de materiale sanitare la nivelul spitalului.

Suma aferenta fiecărui spital care îndeplineşte criteriile de mai sus, se stabileşte conform următoarei formule:

Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secţia/compartimentul de terapie intensivă a spitalului/Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG la nivel tuturor spitalelor aflate în contract cu o casă de asigurări de sănătate pentru secţiile/compartimentele de terapie intensivă x 25% din suma reprezentând 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor.

Casele de asigurări de sănătate încheie act adiţional pentru sumele reprezentând complexitatea suplimentară a cazurilor, fără a modifica numărul de cazuri contractate aferente perioadei pentru care se acordă această sumă.

Zilele de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG din secţiile/compartimentele de terapie intensivă pentru fiecare spital se pun la dispoziţia caselor de asigurări de sănătate trimestrial de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti.

In situatia in care nu sunt intrunite de catre nici un furnizor, conditiile pentru acordatea sumei calculate trimestrial din 1%, suma respectiva se utilizeaza in conditiile lit. a.

Spitalele evaluează pacienţii atât la intrarea cât şi la ieşirea din compartimentele/secţiile TI, în conformitate cu sistemul de punctaj APACHE 2, astfel:

Sistemul de punctaj, APACHE-2 Variabile fiziologice									
Variabile	Punctaj								
	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectală (°C)	> 41	39.0 - 40.9		38.5 - 38.9	36.0 - 38.4	34.0 - 35.9	32.0 - 33.9	30.0 - 31.9	< 29.9
Mijloc BP (mm Hg)	> 160	130 - 159	110 - 129		70 - 109		50 - 69		< 49
Ritmul inimii (bătăi/min)	> 180	140 - 179	110 - 139		70 - 109		55 - 69	40 - 54	< 39
Rata respiraţiei (respiraţii/min)	> 50	35 - 49		25 - 34	12 - 24	10 - 11	6 - 9		< 5
Oxigenare (kPa)*:									
FiO_2 > 50%	66.5	46.6 - 66.4	26.6 - 46.4		< 26.6				
$A-aDO_2$									
FiO_2 < 50%					> 9.3	8.1 -		7.3 -	< 7.3

PaO_2						9.3		8.0	
pH arterial	> 7.7	7.60 - 7.59		7.50 - 7.59	7.33 - 7.49		7.25 - 7.32	7.15 - 7.24	< 7.15
Serum sodium (mmol/l)	> 180	160 - 179	155 - 159	150 - 154	130 - 149		120 - 129	111 - 119	< 110
Serum potassium (mmol/l)	> 7	6.0 - 6.9		5.5 - 5.9	3.5 - 5.4	3.0 - 3.4	2.5 - 2.9		< 2.5
Serum creatinine (micromol/l)	> 300	171 - 299		121 - 170	50 - 120		< 50		
Total volum celule (%)	> 60		50 - 59.9	46 - 49.9	30 - 45.9		20 - 29.9		< 20
Număr de leucocite (x 10^9/l)	> 40		20 - 39.9	15 - 19.9	3 - 14.9		1 - 2.9		< 1
Alte variabile:	- Scala de comă Glasgow - Vârsta					- Boli cronice - Statut chirurgical			

ART. 7 Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2012 cu destinaţia servicii medicale spitaliceşti, inclusiv sumele care nu au fost contractate iniţial, se contractează de către casele de asigurări de sănătate prin acte adiţionale la contractele iniţiale pentru anul 2012. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare atât prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011, cât şi indicatorii specifici fiecărei unităţi sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii iniţiale de contract/actelor adiţionale, precum şi nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractaţi în perioada de la începutul anului şi până la sfârşitul lunii anterioare celei în care se semnează actul adiţional, dar fără a se depăşi suma ce poate fi contractată în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare a fiecărui spital.

ART. 8 Sumele pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi de unităţile sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să efectueze aceste servicii şi care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, se determină prin înmulţirea numărului de servicii medicale spitaliceşti/cazuri rezolvate cu tarifele negociate aferente acestora. Tarifele sunt stabilite conform prevederilor art. 3.

ART. 9 (1) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcţie de:

- numărul de cazuri externate şi raportate de către spital, din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);
- indicele de case-mix prevăzut în anexa nr. 17 A la ordin;
- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2012.

2. Analiza activităţii trimestriale a spitalului se face pe baza următorilor indicatori:

- numărul total de cazuri externate, raportate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv. (Validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate); numărul de cazuri nu poate depăşi un număr maxim de cazuri calculat la capacitatea maximă de funcţionare a spitalului, raportată la prevederile art. 4 alin. (1) lit. a).

- indicele de case-mix realizat pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv.

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2012;

- coeficientul k al cazurilor extreme (ca durată de spitalizare). Acest coeficient se calculează trimestrial de Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, pe baza cazurilor externate raportate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv. Modalitatea de calcul al coeficientului k este prevăzută în anexa nr. 17 B la ordin.

La regularizarea trimestrială în vederea decontării, casele de asigurări de sănătate au în vedere următoarele:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate în ordine cronologică în funcţie de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de la începutul anului şi până la sfârşitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;
- valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz
- TCP-ul prevăzut pentru fiecare spital în Anexa nr. 17 A la ordin
- coeficientul k al cazurilor externate

Contravaloarea serviciilor medicale calculată pe baza indicatorilor de mai sus trebuie să se încadreze în sumele contractate pentru spitalizare continuă pentru afecţiuni acute.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate, validate şi decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuţi, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate, dar nu mai mult de 25 % din valoarea contractată pentru servicii în regim de spitalizare continuă,acuţi

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate, validate şi decontate cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate şi validate cat si contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la un tarif care reprezintă 50% din tariful pe caz ponderat, respectiv la un tarif care reprezintă 50% din tariful pe caz rezolvat/serviciului medical efectuate în regim de spitalizare de zi.

Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depăşiri dacă spitalul/secţiile a/au luat decizia de creştere a numărului de internări, după epuizarea posibilităţii de înscriere pe listele de aşteptare a cazurilor programabile, în limita fondurilor disponibile.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate şi , validate este peste cea contractată, si contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi este mai mică decât suma contractată pentru spitalizare de zi, în limita economiilor realizate din spitalizarea de zi se pot accepta

la decontare un număr de cazuri externate prin spitalizare continuă acuţi, în ordinea cronologică a datei de externare.

b) serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează în limita sumei contractate în funcţie de:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea şi invalidarea se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);
- durata optimă de spitalizare pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă şi durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;
- durata efectiv realizată pentru situaţiile la care nu este prevăzută durată optimă;
- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secţiilor de psihiatrie cronici, de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi internările dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), recuperare pediatrică - distrofici, neonatologie - prematuri mici şi foarte mici şi TBC, serviciile medicale spitaliceşti se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcţie de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, fără a se depăşi durata optimă pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă, şi de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Trimestrial se fac regularizări şi decontări în limita sumei contractate pentru serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare în funcţie de:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv (validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);
- durata optimă de spitalizare pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă şi durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;
- durata efectiv realizată pentru situaţiile la care nu este prevăzută durată optimă;
- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În situaţia în care numărul de cazuri externate este mai mare decât numărul cazurilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare această depăşire dacă spitalul/secţiile a/au luat decizia de creştere a numărului de internări, după epuizarea posibilităţii de înscriere pe listele de aşteptare a cazurilor programabile, şi dacă creşterea numărului de cazuri realizate se regăseşte în reducerea numărului de cazuri contractate din alte spitale/secţii din judeţul respectiv, iar această depăşire se încadrează în fondurile alocate asistenţei medicale spitaliceşti 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 ţinându-se seama de durata optimă de spitalizare/durata efectiv realizată, după caz; în situaţia în care asiguratul este transferat în aceeaşi unitate sanitară, de la o secţie la alta de acelaşi 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/secţiilor de psihiatrie cronici pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care

necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), decontarea se face în funcţie de durata de spitalizare efectiv realizată.

Pentru monitorizarea eficienţei managementului de spital, a utilizării judicioase a fondurilor alocate, în cadrul regularizării trimestriale, casele de asigurări de sănătate au în vedere corelarea corespunzătoare a indicatorilor contractaţi şi realizaţi pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, cu rezultatele analizei trimestriale efectuată de către ordonatorul de credite ierarhic superior şi transmisă în acest scop caselor de asigurări.

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale paliative în regim de spitalizare, în funcţie de numărul de zile de spitalizare realizat în limita numărului de zile de spitalizare contractat şi de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate şi unităţile sanitare cu paturi;

c) serviciile medicale spitaliceşti, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 A la ordin, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi (aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii, după caz ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de cronici şi de recuperare, decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate, se face în funcţie de:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea şi invalidarea se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);
- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat, aferent serviciilor medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

2. Analiza activităţii trimestriale a spitalului se face pe baza următorilor indicatori:

- numărul de externări realizate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv (validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);
- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat.

La regularizarea trimestrială în vederea decontării, casele de asigurări de sănătate au în vedere următoarele:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate în ordine cronologică în funcţie de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de la începutul anului şi până la sfârşitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate**;**
- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat, aferent serviciilor medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă

Contravaloarea serviciilor medicale calculată pe baza indicatorilor de mai sus trebuie să se încadreze în sumele contractate pentru spitalizare continuă pentru afecţiuni acute.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate, validate şi decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuţi, în limita economiilor realizate pentru continuă acuţi se poate deconta contravaloarea cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate, dar nu mai mult de 25 % din valoarea contractată pentru servicii în regim de spitalizare continuă,acuţi

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate, validate şi decontate cat si contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale

efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate şi validate cat si contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la un tarif care reprezintă 50% din tariful negociat. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depăşiri dacă spitalul/secţiile a/au luat decizia de creştere a numărului de internări, după epuizarea posibilităţii de înscriere pe listele de aşteptare a cazurilor programabile, în limita fondurilor disponibile.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate şi , validate este peste cea contractată, si contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi este mai mică decât suma contractată pentru spitalizare de zi, în limita economiilor realizate din spitalizarea de zi se pot accepta la decontare un număr de cazuri externate prin spitalizare continuă acuţi, în ordinea cronologică a datei de externare.

d) suma aferentă Programului naţional cu scop curativ pentru medicamente şi materiale sanitare specifice se decontează la nivelul realizărilor în limita sumei prevăzute în program pentru medicamente şi materiale sanitare specifice;

e) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programului naţional cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor în limita sumelor contractate cu această destinaţie;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, cabinete de boli infecţioase şi în cabinete de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului, decontată din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice, în condiţiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru;

g) suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, decontată din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin, în limita sumei contractate;

h) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, în limita sumei contractate şi care se determină prin înmulţirea numărului negociat şi contractat de servicii medicale spitaliceşti pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unităţile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât şi pentru spitalizare de zi.

Tariful/caz rezolvat se negociază de unităţile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat

reprezintă maxim 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu naţional prevăzut în Anexa 17A – 1444 lei, şi nu poate fi mai mare de 480 lei.

NOTĂ:

Numărul de cazuri rezolvate în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, şi neinternate, pe care le decontează casele de asigurări de sănătate nu poate depăşi numărul de cazuri internate prin spitalizare continuă ca şi cazuri de urgenţă pentru care se face dovada unor intervenţii diagnostice şi terapeutice, necesare rezolvării cazurilor respective.

(2) Cazurile internate în regim de spitalizare continuă care nu au îndeplinit criteriile de internare nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi şi au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se decontează de casele de asigurări de sănătate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferenţa fiind suportată de asigurat.

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeaşi unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, pentru patologie de acelaşi tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat (DRG), din tariful mediu pe caz rezolvat, cu excepţia situaţiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, pentru patologie de acelaşi tip într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat (DRG), din tariful mediu pe caz rezolvat cu excepţia situaţiilor în care comisia de revalidare a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condiţiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi în condiţiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40% din cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(6) Trimestrial, la nivelul fiecărui spital care a contractat cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale spitaliceşti atât pentru afecţiuni acute cât şi pentru afecţiuni cronice, după regularizarea trimestrială realizată conform alin. (1) lit. a) şi c), casa de asigurări de sănătate poate efectua o regularizare a cazurilor realizate, raportate şi validate, în limita valorii de contract, între cele două tipuri de îngrijiri: acute şi cronice.

ART. 10 (1) Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate:

a) cheltuielile privind investigaţiile paraclinice pentru bolnavii internaţi efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, în situaţiile în care spitalul respectiv nu deţine dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcţională, cu încadrarea în bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat, pe baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru investigaţii paraclinice pentru pacienţii internaţi, efectuate în alte unităţi

spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 16 B la ordin.

b) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asiguraţii internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, cu excepţia transportului efectuat de serviciile publice de ambulanţă pentru pacienţii care nu se află în stare critică şi care se află în unităţile sau compartimentele de primiri urgenţe şi care necesită transport la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparţinând unităţii sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, decontat de casa de asigurări de sănătate din fondul alocat asistenţei medicale de urgenţă şi transport sanitar; sumele plătite de către spitale pentru transportul interspitalicesc pentru asiguraţii internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 16 B la ordin.

c) suma aferentă consultaţiilor interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unităţi sanitare cu paturi, pe baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru consultaţiile interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unităţi sanitare cu paturi, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 16 B la ordin.

ART. 11 Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard şi masă la nivelul alocaţiei de hrană) pentru însoţitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorii persoanelor cu handicap grav.

Asiguraţii suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare şi/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce priveşte cazarea, se înţelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare şi fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider şi altele asemenea), iar în ceea ce priveşte masa, cea acordată la nivelul alocaţiei de hrană stabilite prin acte normative. Contribuţia personală a asiguraţilor reprezintă diferenţa dintre tarifele pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort stabilite de fiecare unitate furnizoare şi cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 12 (1) Spitalele sunt obligate să suporte pentru asiguraţii internaţi în regim de spitalizare continuă şi în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice.

(2) În situaţia în care asiguraţii, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secţia în care aceştia sunt internaţi şi avizate de şeful de secţie şi managerul spitalului, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuţie personală, în condiţiile Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010 şi ale prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraţilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligaţie exclusivă a spitalelor şi se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 13 (1) Serviciile medicale de înaltă performanţă (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă numai pe bază de recomandare medicală asiguraţilor conform fişelor de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin, numai în următoarele condiţii:

- urgenţe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 16 la ordin;
- afecţiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilităţi de explorare.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică pacienţilor internaţi. Fişele de solicitare se întocmesc într-un singur exemplar dacă serviciile medicale de înaltă performanţă se efectuează de către spitalul în care este internat pacientul, fără a se întocmi bilet de trimitere pentru servicii medicale paraclinice.

(3) În situaţia în care spitalele nu deţin dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestora nu este funcţională, pentru pacienţii internaţi cărora li se recomandă servicii medicale de înaltă performanţă prevăzute la alin. (1) ce vor fi efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, spitalele întocmesc fişele de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin care se completează în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea şi, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă. La fişa de solicitare se ataşează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigaţii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

ART. 14 (1) Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital au obligaţia ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării şi indicaţiile de tratament şi supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului), informaţii care trebuie să se regăsească şi în foaia de observaţie clinică generală la epicriză.

(2) Spitalele, odată cu raportarea lunară, vor transmite casei de asigurări de sănătate pentru nou-născuţii prematur, greutatea la naştere şi greutatea la externare; la o greutate a nou-născutului de peste 2.500 grame, nu se mai justifică menţinerea acestuia în secţia de neonatologie prematuri; în situaţia în care la o greutate de peste 2.500 grame medicul nu consideră oportună externarea acesta va fi transferat pe secţia de neonatologie acuţi.

ART. 15 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri şi cheltuieli şi, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spitale pe trimestre şi luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior în funcţie de subordonare, şi 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, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa 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 excepţia cazurilor de urgenţă medico-chirurgicală, a cazurilor care necesită internare în secţiile de obstetrică şi neonatologie şi a bolilor cu potenţial endemo-epidemic. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, spitalele depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite din lista de prioritate în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului în lista de prioritate.

(4) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractaţi şi, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcţie de subordonare, şi caselor de asigurări de sănătate execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli. Regularizarea şi decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepţia trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 16 Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, cu spitalele pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare şi cu centrele de dializa private in contract cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii ce-şi desfăşoară activitatea în aceste unităţi. Modelul de convenţie este cel prevăzut în anexa nr. 37 la ordin.

Serviciile medicale spitaliceşti pot fi acordate asiguraţilor şi pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

ART. 17 Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către membrii Comitetului director, care răspund, în condiţiile legii, de realitatea şi exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât şi cu ocazia raportării datelor în cursul execuţiei.

ART. 18 Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitaliceşti sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoştinţă Ministerului Sănătăţii sau celorlalte ministere, respectiv autorităţilor administraţiei publice locale, în funcţie de subordonare, şi Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situaţie, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanţi ai Ministerului Sănătăţii, ai ministerului de resort, ai autorităţilor administraţiei publice locale, după caz, precum şi ai Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluţionează divergenţele.

ART. 19 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din unităţile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală spitalicească, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unităţile sanitare cu paturi, măsurile ce se

impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 20 Furnizorii de servicii medicale spitaliceşti vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare şi a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, documentele prevăzute în anexa nr. 16 A la ordin.

ANEXA 17A

LISTA SPITALELOR PENTRU CARE PLATA SE FACE PRIN TARIF PE CAZ REZOLVAT, ICM SI TCP VALABIL PENTRU ANUL 2012

Nr. Crt.	Cod spital	Denumire spital	ICM 2011	TCP 2012
1.	AB01	Spitalul Judetean de Urgenta Alba Iulia	1.1291	1444
2.	AB02	Spitalul de Boli Cronice Campeni	0.9219	1444
3.	AB03	Spitalul Municipal Blaj	1.1174	1444
4.	AB04	Spitalul Orasenesc Abrud	0.8331	1444
5.	AB05	Spitalul Municipal Aiud	0.9269	1444
6.	AB06	Spitalul Orasenesc Campeni	0.9568	1444
7.	AB08	Spitalul Municipal Sebes	0.8852	1444
8.	AB09	Spitalul Orasenesc Cugir	0.8241	1444
9.	AB12	Spitalul de Pneumoftiziologie Aiud	0.7690	1444
10.	AG01	Spitalul Judetean Pitesti	1.2545	1444
11.	AG02	Spitalul de Pediatrie Pitesti	1.0234	1444
12.	AG04	Spitalul de Pneumoftiziologie Campulung	0.8233	1444
13.	AG05	Spitalul Municipal Campulung	0.9280	1444
14.	AG06	Spitalul Orasenesc "Regele Carol I" Costesti	1.2817	1444
15.	AG07	Spitalul Municipal Curtea de Arges	0.9231	1444
16.	AG08	Spitalul Orasenesc "Sf. Spiridon" Mioveni	0.8275	1444
17.	AG13	Spitalul de Psihiatrie Sf Maria Vedea	1.2894	1444
18.	AG14	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf Andrei" Valea Iasului	0.7665	1444
19.	AG15	Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni	0.9354	1444
20.	AG22	Dr. Irimia S.R.L.	0.5175	1444
21.	AR01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Arad	1.0473	1444
22.	AR05	Spitalul Orasenesc Ineu	0.8593	1444
23.	AR06	Spitalul de Boli Cronice Lipova	0.6928	1444
24.	AR07	Spitalul Orasenesc Sebis	0.6389	1444
25.	AR14	Spitalul "Sf. Gheorghe" Chisineu-Cris	0.8366	1444
26.	AR20	Centrul Medical Laser System	0.8456	1444
27.	AR21	S.C. Genesys Medical Clinic S.R.L.	0.8117	1444
28.	B_01	Spitalul Clinic "Sf. Maria" Bucuresti	0.9452	1509
29.	B_02	Spitalul Clinic de Urgenta Bucuresti	1.4240	1617
30.	B_03	Spitalul Clinic de Urgenta de Chirurgie Plastica, Reparatorie si Arsuri Bucuresti	2.2071	2230
31.	B_04	Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" Bucuresti	0.7779	1580
32.	B_05	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Gr. Alexandrescu" Bucuresti	1.2476	1444
33.	B_06	Spitalul Clinic "Filantropia" Bucuresti	0.7830	1444
34.	B_08	Spitalul Clinic de Urgente Oftalmologice Bucuresti	0.6213	1444
35.	B_09	Spitalul Clinic de Chirurgie Oromaxilofaciala "Prof. Dr. Dan Teodorescu" Bucuresti	0.6860	1444
36.	B_100	S.C. Binafarm S.R.L.	0.3390	1444
37.	B_101	Tinos Clinic SRL	0.9866	1444

38.	B_102	S.C. Proestetica Medical S.R.L.	0.7183	1444
39.	B_103	S.C. Centrul Medical Unirea S.R.L.	0.8604	1444
40.	B_11	Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucuresti	0.7600	1770
41.	B_113	SC Delta Health	1.0854	1444
42.	B_116	Sanador	1.4579	1444
43.	B_12	Institutul de Endocrinologie "C. I. Parhon" Bucuresti	0.9035	1444
44.	B_121	Clinica de angiografie si terapie endovasculara Hemodinamic	0.4227	1444
45.	B_13	Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino" Bucuresti	1.1687	1444
46.	B_14	Institutul National de Diabet, Nutritie si Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucuresti	1.1746	1456
47.	B_15	Spitalul Clinic de Ortopedie - Traumatologie si TBC Osteoarticular "Foisor" Bucuresti	1.1633	1910
48.	B_16	Spitalul Clinic Colentina Bucuresti	1.4123	1444
49.	B_18	Institutul Clinic Fundeni Bucuresti	1.1446	1808
50.	B_19	Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu" Bucuresti	2.3154	1444
51.	B_20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei si Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucuresti	1.0272	1444
52.	B_21	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Pantelimon" Bucuresti	0.9723	1444
53.	B_22	Spitalul Clinic de Copii "Dr. V. Gomoiu" Bucuresti	1.1920	1444
54.	B_23	Spitalul Clinic "Coltea" Bucuresti	1.5293	1444
55.	B_25	Spitalul Clinic de Boli infectioase si Tropicale "Dr. V. Babes" Bucuresti	1.0556	1444
56.	B_27	Spitalul clinic de psihiatrie "Dr. Alexandru Obregia" Bucuresti	1.2956	1444
57.	B_28	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "M. S. Curie" Bucuresti	1.0067	1444
58.	B_29	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Ioan" Bucuresti	1.2666	1444
59.	B_30	Spitalul Clinic De Dermatovenerologie "Dr.Scarlat Longhin" Bucuresti	0.7122	1444
60.	B_31	Spitalul Clinic "Prof. Dr. Th. Burghele" Bucuresti	0.9852	1735
61.	B_32	Institutul de Fonoaudiologie si Chirurgie Functionala ORL "Prof. Dr. D. Hociota" Bucuresti	1.3977	1444
62.	B_33	Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti	1.0682	1537
63.	B_34	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sirbu" Bucuresti	0.7737	1444
64.	B_35	Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" Bucuresti	2.0018	1444
65.	B_36	Institutul National de Neurologie si Boli Neurovasculare Bucuresti	1.2180	1444
66.	B_38	Centrul de Evalure şi Tratament aToxicodependentelor pentru Tineri "Sf. Stelian"	1.1021	1444
67.	B_40	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf.Stefan"	0.8323	1444
68.	B_41	Centrul de Boli Reumatismale "Dr. I. Stoia" Bucuresti	1.3866	1653
69.	B_42	Spitalul Clinic "Nicolae Malaxa" Bucuresti	0.8964	1444
70.	B_47	Institutul National de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" Bucuresti	1.0759	1444
71.	B_48	Institutul National de Boli Infectioase "Prof. Dr. Matei Bals" Bucuresti	1.5835	1444
72.	B_50	Centrul de Sanatate RATB	0.7621	1444
73.	B_80	Spitalul Universitar de Urgenta "Elias" Bucuresti	1.0635	1469
74.	B_90	Spitalul de Psihiatrie Titan "Dr.C.Gorgos"	1.3629	1444
75.	B_91	SC Crestina Medicala Munposan '94 SRL	0.7400	1444
76.	B_95	Euroclinic Hospital S.A.	0.8468	1444

77.	B_96	SC Med Life SA	0.5447	1444
78.	B_97	Clinica Sf. Lucia S.R.L.	0.7627	1444
79.	BC01	Spitalul Judetean de Urgenta Bacau	0.9684	1444
80.	BC02	Spitalul de Pneumoftiziologie Bacau	0.7831	1444
81.	BC03	Spitalul Municipal Onesti	1.0550	1444
82.	BC04	Spitalul Orasenesc Buhusi	0.9161	1444
83.	BC05	Spitalul Orasenesc "Ioan Lascar" Comanesti	0.8334	1444
84.	BC06	Spitalul Municipal de Urgenta Moinesti	1.0306	1444
85.	BC08	Spitalul Comunal Podul Turcului	0.6763	1444
86.	BC10	Spitalul de Pediatrie Bacau	0.9476	1444
87.	BC14	Clinica Palade Bacau	0.7154	1444
88.	BC15	S.C. Eldimedmaterna S.R.L.	0.4269	1444
89.	BH01	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Oradea	1.0334	1444
90.	BH02	Spitalul Clinic Municipal "dr. Gavril Curteanu" Oradea	1.0245	1444
91.	BH07	Spitalul Orasenesc Alesd	0.9901	1444
92.	BH09	Spitalul Municipal "Episcop N. Popovici" Beius	0.8996	1444
93.	BH10	Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita	0.8440	1444
94.	BH11	Spitalul de Psihiatrie Nucet	1.1105	1444
95.	BH12	Spitalul Municipal Salonta	0.9068	1444
96.	BH14	Spitalul de Psihiatrie Stei	0.9526	1444
97.	BH26	Spitalul Pelican Oradea	1.2996	1444
98.	BN01	Spitalul Judetean Bistrita	0.9771	1444
99.	BN02	Spitalul Orasenesc "Dr. G. Trifon" Nasaud	0.7189	1444
100.	BN03	Spitalul Orasenesc Beclean	0.7611	1444
101.	BN08	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Sanovil	0.9112	1444
102.	BR01	Spitalul Judetean de Urgenta Braila	1.3403	1444
103.	BR05	Spitalul Orasenesc Faurei	0.7504	1444
104.	BR07	Spitalul "Sf.Pantelimon" Braila	1.2540	1444
105.	BR09	Spitalul de Pneumoftiziologie Braila	0.8876	1444
106.	BT01	Spitalul Judetean de Urgenta "Mavromati" Botosani	0.9938	1444
107.	BT02	Spitalul "Sf. Gheorghe" Botosani	0.5724	1444
108.	BT03	Spitalul de Psihiatrie Botosani	1.1122	1444
109.	BT04	Spitalul de Copii Botosani	0.8652	1444
110.	BT05	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Botosani	0.7883	1444
111.	BT06	Spitalul Municipal Dorohoi	0.7701	1444
112.	BT10	Spitalul de Pneumoftiziologie Botosani	0.9534	1444
113.	BV01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Brasov	1.1230	1444
114.	BV02	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. I. A. Sbarcea" Brasov	0.8063	1444
115.	BV03	Spitalul Clinic de Copii Brasov	1.1038	1444
116.	BV04	Spitalul de Boli Infectioase Brasov	1.3911	1444
117.	BV05	Spitalul de Pneumoftiziologie Brasov	0.7396	1444
118.	BV06	Spitalul Municipal Fagaras	0.8389	1444
119.	BV08	Spitalul Municipal Codlea	0.8665	1444
120.	BV10	Spitalul Orasenesc "Dr. C. T. Sparchez" Zarnesti	0.7244	1444

121.	BV12	Spitalul Orasenesc Rupea	0.7481	1444
122.	BV13	Spitalul de Psihiatrie şi Neurologie Brasov	1.0642	1444
123.	BV17	S.C. Rur Medical S.R.L.	0.7074	1444
124.	BV18	Clinicile ICCO SRL	1.8149	1444
125.	BV20	S.C. Vitalmed Center SRL	0.5956	1444
126.	BV21	Spitalul Teo Health SA	1.0645	1444
127.	BV22	Clinica Newmedics	0.8035	1444
128.	BV23	S.C. Centrul Medical Unireal S.R.L. Brasov	0.8543	1444
129.	BZ01	Spitalul Judetean Buzau	0.9926	1444
130.	BZ02	Spitalul Municipal Ramnicu Sarat	0.8439	1444
131.	BZ04	Spitalul Orasenesc Nehoiu	0.7431	1444
132.	BZ09	Spitalul de Psihiatrie şi Pentru Masuri de Siguranta Sapoca	1.0255	1444
133.	CJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Cluj-Napoca	1.2355	1444
134.	CJ02	Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie Cluj-Napoca	1.5806	1444
135.	CJ03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii Cluj-Napoca	1.1484	1444
136.	CJ04	Spitalul de Pneumoftiziologie "Leon Daniello" Cluj-Napoca	1.3954	1444
137.	CJ05	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Cluj-Napoca	1.3843	1444
138.	CJ06	Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca	0.8094	1444
139.	CJ07	Spitalul Municipal Clinic Cluj-Napoca	1.1310	1444
140.	CJ08	Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca	1.1521	1444
141.	CJ09	Institutul Inimii "Prof. Dr. N. Stancioiu" Cluj-Napoca	2.1298	1444
142.	CJ10	Spitalul Municipal Dej	0.9046	1444
143.	CJ11	Spitalul Municipal Turda	0.9693	1444
144.	CJ12	Spitalul Municipal Gherla	0.7332	1444
145.	CJ13	Spitalul Orasenesc Huedin	1.0224	1444
146.	CJ14	Spitalul Municipal Campia Turzii	0.8130	1444
147.	CJ21	Institutul Clinic de Urologie si Transplant Renal Cluj-Napoca	0.6864	1924
148.	CL01	Spitalul Judetean de Urgenta Calarasi	0.9564	1444
149.	CL02	Spitalul Municipal Oltenita	0.6575	1444
150.	CL03	Spitalul Orasenesc Lehliu-Gara	0.7616	1444
151.	CL06	Spitalul de Psihiatrie Sapunari	1.2774	1444
152.	CL07	Spitalul de Pneumoftiziologie Calarasi	1.2011	1444
153.	CS01	Spitalul Judetean Resita	1.1481	1444
154.	CS02	Spitalul Municipal de Urgenta Caransebes	0.9344	1444
155.	CS03	Spitalul Orasenesc Oravita	0.7173	1444
156.	CS05	Spitalul Orasenesc Moldova Noua	0.6770	1444
157.	CS07	Spitalul Orasenesc Otelu Rosu	0.7429	1444
158.	CT01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Constanta	1.2376	1444
159.	CT04	Spitalul Municipal Medgidia	0.9325	1444
160.	CT05	Spitalul Orasenesc Cernavoda	0.5751	1444
161.	CT06	Spitalul Municipal Mangalia	0.9823	1444
162.	CT07	Spitalul Orasenesc Harsova	0.8282	1444
163.	CT08	Spitalul de Ortopedie Traumatologie şi Recuperare Medicală Eforie Sud	0.6808	1444

164.	CT14	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Constanta	1.4522	1444
165.	CT18	S.C. Medical Analysis	0.9704	1444
166.	CT19	Centrul Medical Medstar 2000	1.2086	1444
167.	CT20	Euromaterna	1.1012	1444
168.	CT22	Isis Medical Center	0.9676	1444
169.	CV01	Spitalul Judetean "Dr. Fogolyan Kristof" Sfantu Gheorghe	1.1018	1444
170.	CV03	Spitalul Municipal Targu Secuiesc	0.8358	1444
171.	CV04	Spitalul Orasenesc Baraolt	0.6472	1444
172.	CV05	Spitalul de Cardiologie Covasna	0.4949	1444
173.	CV08	Spitalul de Obst.- Ginecologie-Chirurgie Generala	0.5999	1444
174.	DB01	Spitalul Judetean Targoviste	1.1567	1444
175.	DB02	Spitalul Orasenesc Pucioasa	0.8942	1444
176.	DB03	Spitalul Orasenesc Gaesti	0.9574	1444
177.	DB04	Spitalul Orasenesc Moreni	0.9155	1444
178.	DJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Craiova	1.0873	1444
179.	DJ02	Spitalul Municipal Clinic "Filantropia" Craiova	0.8079	1444
180.	DJ03	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Victor Babes" Craiova	0.9295	1444
181.	DJ04	Spitalul Municipal Bailesti	0.8714	1444
182.	DJ05	Spitalul "Filisanilor" Filiasi	1.0435	1444
183.	DJ06	Spitalul Orasenesc Segarcea	0.7288	1444
184.	DJ07	Spitalul Municipal Calafat	0.7486	1444
185.	DJ13	Spitalul Orasenesc "Asezamintele Brancovenesti" Dabuleni	0.6932	1444
186.	DJ18	Spitalul de Pneumoftiziologie Leamna	1.1497	1444
187.	DJ20	Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Craiova	1.0731	1444
188.	DJ21	Centrul de Cardiologie Craiova	1.0928	1444
189.	GJ01	Spitalul Judetean Targu Jiu	0.8896	1444
190.	GJ02	Spitalul Municipal Motru	0.8736	1444
191.	GJ03	Spitalul Orasenesc Targu Carbunesti	0.9948	1444
192.	GJ04	Spitalul Orasenesc Rovinari	0.8562	1444
193.	GJ05	Spitalul Orasenesc Novaci	0.9355	1444
194.	GJ10	Spitalul de Pneumoftiziologie Tudor Vladimirescu	0.7865	1444
195.	GJ11	Spitalul Orasenesc Turceni	0.6728	1444
196.	GL01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Apostol Andrei" Galati	1.1329	1444
197.	GL02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Ioan" Galati	0.9488	1444
198.	GL03	Spitalul de Pshiatrie "Elisabeta Doamna" Galati	1.0756	1444
199.	GL04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie "Bunavestire" Galati	0.7423	1444
200.	GL05	Spitalul de Pneumoftiziologie Galati	0.8755	1444
201.	GL06	Spitalul de Boli Infectioase "Cuvioasa Parascheva" Galati	1.1681	1444
202.	GL07	Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci	0.7314	1444
203.	GL08	Spitalul Orasenesc Targu Bujor	0.7507	1444
204.	GR01	Spitalul Judetean Giurgiu	0.9302	1444
205.	GR05	Spitalul Orasenesc Bolintin-Vale	0.7715	1444
206.	GR08	Spitalul de Boli Infectioase Singureni	0.8539	1444

207.	HD01	Spitalul Judetean Deva	1.2513	1444
208.	HD02	Spitalul Municipal "Dr. A. Simionescu" Hunedoara	1.1635	1444
209.	HD03	Spitalul Municipal de Urgenta Petrosani	1.1407	1444
210.	HD05	Spitalul Municipal Lupeni	1.0132	1444
211.	HD06	Spitalul Municipal Vulcan	0.9171	1444
212.	HD07	Spitalul Municipal Brad	0.8642	1444
213.	HD08	Spitalul Municipal Orastie	0.9086	1444
214.	HD09	Spitalul Orasenesc Hateg	0.8733	1444
215.	HD18	Spitalul de Psihiatrie şi pentru Masuri de Siguranta Zam	1.0963	1444
216.	HR01	Spitalul Judetean Miercurea-Ciuc	1.0447	1444
217.	HR02	Spitalul Municipal Odorheiul Secuiesc	1.0395	1444
218.	HR03	Spitalul Municipal Gheorgheni	0.8144	1444
219.	HR04	Spitalul Municipal Toplita	0.9054	1444
220.	HR07	Spitalul de Psihiatrie Tulghes	1.2686	1444
221.	IF03	Spitalul de Psihiatrie Eftimie Diamandescu Balaceanca	1.3357	1444
222.	IF06	Spitalul Judetean "Sfintii Imparati Constantin si Elena" Ilfov	0.8754	1444
223.	IL01	Spitalul Judetean de Urgenta Slobozia	1.0490	1444
224.	IL02	Spitalul Municipal Urziceni	0.8510	1444
225.	IL03	Spitalul Municipal Fetesti	0.6464	1444
226.	IS01	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Sf. Spiridon Iasi	1.2856	1444
227.	IS02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Maria" Iasi	0.9474	1444
228.	IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. G.I.M. Georgescu" Iasi	2.4403	1444
229.	IS04	Spitalul Clinic "Dr. CI. Parhon" Iasi	1.2548	1806
230.	IS05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Cuza-Voda" Iasi	1.0968	1444
231.	IS06	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Elena Doamna" Iasi	0.6653	1444
232.	IS07	Spitalul Clinic Pneumoftiziologie Iasi	1.1303	1444
233.	IS08	Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola Iasi	1.2277	1444
234.	IS09	Spitalul Clinic de Boli infectioase "Sf. Parascheva" Iasi	1.0837	1444
235.	IS11	Spitalul Clinic de Urgenta "Prof. Dr. N. Oblu" Iasi	1.9323	1444
236.	IS12	Spitalul Clinic de Recuperare Iasi	0.7561	1444
237.	IS13	Spitalul Orasenesc Harlau	0.6363	1444
238.	IS14	Spitalul Municipal Pascani	0.8798	1444
239.	IS28	Spital Providenta	0.6653	1444
240.	IS30	Arcadia Hospital	0.6974	1444
241.	IS31	Arcadia Cardio	1.5316	1444
242.	IS36	Institutul Regional de Oncologie Iasi	1.4397	1444
243.	M01	Spitalul Militar de Urgenta 'Regina Maria' Brasov	0.9840	1444
244.	M02	Spitalul Militar de Urgenta "Dr.Stefan Odobleja"	0.9973	1444
245.	M03	Spitalul Militar de Urgenta Cluj-Napoca	1.1447	1444
246.	M04	Spitalul Militar de Urgenta Galati	0.9189	1444
247.	M05	Spitalul Militar De Urgenta Dr. Victor Popescu Timisoara	0.9156	1444
248.	M06	Spitalul Militar de Urgenta Avram Iancu Oradea	0.9934	1444
249.	M07	Spitalul Clinic de Urgenta Militar Central	0.9992	1444

250.	M08	Spitalul Militar de Urgenta Iasi	1.1090	1444
251.	M09	Spitalul Militar de Urgenta „Dr. Alexandru Augustin” Sibiu	0.9487	1444
252.	M10	Spitalul Militar de Urgenta „Dr. Ion Jianu” Pitesti	1.0104	1444
253.	M11	Spitalul Militar de Urgenta "Dr. Alexandru Gafencu" Constanta	0.9491	1444
254.	M12	Spitalul Militar de Urgenta Focsani	0.8114	1444
255.	M13	Centrul Clinic de Urgenta de Boli Cardiovasculare "Dr. Constantin Zamfir"	1.8371	1444
256.	M14	Spitalul de Urgenta "Prof.dr. Dimitrie Gerota"	1.0851	1444
257.	M15	Spitalul Militar de Urgenta "Prof.Dr. Agrippa Ionescu"	1.0755	1444
258.	M16	Spitalul "Prof.dr. Constantin Angelescu"	0.8775	1444
259.	MH01	Spitalul Judetean Drobeta-Turnu Severin	1.0158	1444
260.	MH02	Spitalul Municipal Orsova	0.7461	1444
261.	MH05	Spitalul Orasenesc Baia de Arama	0.6577	1444
262.	MM01	Spitalul Judetean de Urgenta "Dr. Constantin Opris" Baia Mare	1.2546	1444
263.	MM02	Spitalul de Boli Infectioase, Dermatovenerologie si Psihiatrie Baia Mare	1.2151	1444
264.	MM03	Spitalul de Pneumoftiziologie Baia Mare	1.0533	1444
265.	MM04	Spitalul Municipal Sighetu Marmatiei	0.9368	1444
266.	MM06	Spitalul de Psihiatrie Cavnic	0.8823	1444
267.	MM07	Spitalul de Recuperare Borsa	0.8557	1444
268.	MM08	Spitalul Orasenesc Targu Lapus	0.7782	1444
269.	MM09	Spitalul Orasenesc Viseu de Sus	0.8761	1444
270.	MM12	SC Euromedica Hospital S. A.	1.4339	1444
271.	MS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Targu Mures	1.8190	1444
272.	MS02	Spitalul Clinic Judetean Mures	1.3404	1444
273.	MS04	Spitalul Municipal Sighisoara	1.0736	1444
274.	MS05	Spitalul Orasenesc "Dr. Vaier Russu" Ludus	0.9199	1444
275.	MS06	Spitalul Municipal "Dr. E. Nicoara" Reghin	0.8734	1444
276.	MS07	Spitalul Municipal "Dr. Gh. Marinescu" Tarnaveni	1.0345	1444
277.	MS11	Centrul de Sanatate Sangeorgiu de Padure	0.5952	1444
278.	MS15	Centrul Medical "Galenus" - SC Adria Med SRL	0.8315	1444
279.	MS16	S.C. Centrul Medical Topmed S.R.L.	1.0614	1444
280.	MS18	SC Cardio Med SRL	2.1663	1444
281.	MS19	SC Nova Vita Hospital SA	1.0230	1444
282.	MS20	S.C. Cosmex S.R.L.- Centrul Medical Puls	1.3038	1444
283.	MS21	Spitalul Sovata-Niraj	0.7233	1444
284.	NT01	Spitalul Judetean de Urgenta Piatra-Neamt	1.1256	1444
285.	NT02	Spitalul Municipal de Urgenta Roman	1.1161	1444
286.	NT04	Spitalul Orasenesc Targu-Neamt	0.8790	1444
287.	NT07	Sanatoriul TBC Bisericani	0.8056	1444
288.	OT01	Spitalul Judetean Slatina	1.0991	1444
289.	OT02	Spitalul Orasenesc Bals	1.0326	1444
290.	OT03	Spitalul Municipal Caracal	1.0493	1444
291.	OT04	Spitalul Orasenesc Corabia	0.8858	1444
292.	OT06	Spitalul Pneumoftiziologie Scornicesti	1.0674	1444

293.	PH01	Spitalul Judetean de Urgenta Ploiesti	0.9921	1444
294.	PH04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Ploiesti	0.7894	1444
295.	PH05	Spitalul de Ortopedie si Traumatologie Azuga	0.9101	1444
296.	PH06	Spitalul Orasenesc Baicoi	0.7109	1444
297.	PH07	Spitalul Municipal Campina	0.8581	1444
298.	PH08	Spitalul Orasenesc Sinaia	0.6706	1444
299.	PH09	Spitalul Orasenesc Mizil	0.6655	1444
300.	PH102	Spitalul De Pneumoftiziologie Drajna	0.8502	1444
301.	PH12	Spitalul Orasenesc Valenii de Munte	0.7093	1444
302.	PH13	Spitalul de Psihiatrie Voila	1.3068	1444
303.	PH14	Spitalul de Boli Pulmonare Breaza	0.7801	1444
304.	PH20	Spitalul de Boli Infectioase Ploiesti	0.8382	1444
305.	PH96	Spitalul de Pneumoftiziologie Floresti	0.8323	1444
306.	PH98	Spitalul Municipal Ploiesti	1.0014	1444
307.	PH99	Spitalul de Pediatrie Ploiesti	0.7679	1444
308.	SB01	Spitalul Clinic Judetean Sibiu	1.2620	1444
309.	SB02	Spitalul de Psihiatrie "Dr.Gh.Preda" Sibiu	1.1198	1444
310.	SB03	Spitalul de Pneumoftiziologie Sibiu	0.7938	1444
311.	SB04	Spitalul Municipal Medias	0.9900	1444
312.	SB05	Spitalul Orasenesc Agnita	0.8260	1444
313.	SB08	Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu	1.4437	1444
314.	SB10	Centrul Medical Polisano	1.1486	1444
315.	SJ01	Spitalul Judetean Zalau	1.2192	1444
316.	SJ02	Spitalul Orasenesc "prof. Dr. Ioan Puscas" Simleu Silvaniei	0.7735	1444
317.	SJ03	Spitalul Orasenesc Jibou	0.7625	1444
318.	SJ10	S. C. Salvosan Ciobanca I.S.R.L.	0.9644	1444
319.	SM01	Spitalul Judetean Satu Mare	0.9817	1444
320.	SM04	Spitalul Municipal Carei	0.9341	1444
321.	SM05	Spitalul Orasenesc Negresti-Oas	0.8393	1444
322.	SM08	Gynoprax	0.7208	1444
323.	SV01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Ioan Cel Nou" Suceava	1.2314	1444
324.	SV02	Spitalul Municipal Campulung Moldovenesc	0.9422	1444
325.	SV03	Spitalul Municipal Falticeni	0.8292	1444
326.	SV04	Spitalul Orasenesc Gura Humorului	0.7024	1444
327.	SV05	Spitalul Municipal Radauti	0.9481	1444
328.	SV06	Spitalul Orasenesc Siret	0.6432	1444
329.	SV07	Spitalul Municipal Vatra Dornei	0.7178	1444
330.	SV08	Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret	1.1651	1444
331.	SV12	Spitalul de Psihiatrie Campulung Moldovenesc	1.2630	1444
332.	SV17	Spitalul Bethesda Suceava	0.9211	1444
333.	T01	Spitalul General CF 2 Bucuresti	0.9325	1444
334.	T02	Spitalul Universitar CF Witing	0.6808	1444
335.	T03	Spitalul Universitar CF Constanta	0.8818	1444
336.	T04	Spitalul Universitar CFR Craiova	0.8073	1457
337.	T05	Spitalul Universitar CF Cluj	0.8301	1444

338.	T06	Spitalul Universitar C.F. Iasi	1.0700	1444
339.	T07	Spitalul Universitar CF Timisoara	0.7344	1444
340.	T08	Spitalul Clinic CF Oradea	1.0053	1444
341.	T09	Spitalul General CF Brasov	0.8898	1444
342.	T10	Spitalul C.F.R. Galati	0.8707	1444
343.	T11	Spitalul General CF Ploiesti	0.7402	1444
344.	T12	Spital General CF Sibiu	0.7543	1444
345.	T13	Spitalul General CF Drobeta Turnu Severin	0.8332	1444
346.	T14	Spitalul General CF Pascani	0.6077	1444
347.	T15	Spitalul General CF Simeria	0.8449	1444
348.	TL01	Spitalul Judetean de Urgenta Tulcea	0.9382	1444
349.	TL03	Spitalul Orasenesc Macin	0.8366	1444
350.	TM01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Timisoara	1.4745	1444
351.	TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgenta Timisoara	1.1327	1444
352.	TM03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "L. Turcanu" Timisoara	1.1757	1444
353.	TM04	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Dr. V. Babes"	1.3099	1550
354.	TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timisoara	1.8489	1444
355.	TM07	Spitalul Municipal Lugoj	1.0029	1444
356.	TM09	Spitalul Orasenesc Deta	0.5757	1444
357.	TM10	Spitalul "Dr. Karl Diel" Jimbolia	0.8803	1444
358.	TM11	Spitalul Orasenesc Samnicolau Mare	0.8356	1444
359.	TM12	Spitalul Orasenesc Faget	0.6447	1444
360.	TM15	Spitalul de Psihiatrie şi pentru Masuri de Siguranta Gataia	1.2747	1444
361.	TM16	Spitalul de Psihiatrie şi pentru Masuri de Siguranta Jebel	0.9419	1444
362.	TM17	Centrul Clinic de Evaluare şi Recuperare pentru Copii şi Adolescenti Cristian Serban Buzias	0.6380	1444
363.	TM19	S.C. Brol Medica Center S.R.L.	0.7590	1444
364.	TM21	S.C. Gynatal S.R.L.	0.9102	1444
365.	TM22	Centrul De Oncologie Oncohelp	0.7611	1444
366.	TM23	Athena Hospital	0.8934	1444
367.	TM24	S.C. Medicorclinics S.R.L.	0.9535	1444
368.	TR01	Spitalul Judetean Alexandria	0.8928	1444
369.	TR02	Spitalul Municipal Turnu Magurele	0.6166	1444
370.	TR03	Spitalul Municipal "Caritas" Rosiori de Vede	0.8420	1444
371.	TR04	Spitalul Orasenesc Zimnicea	0.5932	1444
372.	TR05	Spitalul Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede	0.8433	1444
373.	TR08	Spitalul Psihiatrie Poroschia	1.1677	1444
374.	TR12	Spitalul Orasenesc Videle	0.6103	1444
375.	VL01	Spitalul Judetean de Urgenta Ramnicu Valcea	0.9726	1444
376.	VL03	Spitalul Municipal "Costache Nicolescu" Dragasani	0.8085	1444
377.	VL04	Spitalul Orasenesc Horezu	0.7275	1444
378.	VL05	Spitalul Orasenesc Brezoi	0.7148	1444
379.	VL11	SC Incarmed SRL Ramnicu Valcea	0.7105	1444
380.	VN01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focsani	1.0171	1444

381.	VN02	Spitalul Municipal Adjud	0.8082	1444
382.	VN04	Spitalul Orasenesc Panciu	0.8636	1444
383.	VN07	Spitalul Comunal Vidra	0.5961	1444
384.	VN09	Spital Materna SRL	1.0387	1444
385.	VS01	Spitalul Judetean de Urgenta Vaslui	1.0277	1444
386.	VS02	Spitalul Municipal de Urgenta "Elena Beldiman" Barlad	1.0509	1444
387.	VS04	Spitalul Municipal Husi	1.0324	1444
388.	VS07	Spitalul de Psihiatrie Murgeni	0.6751	1444

Principii utilizate la calcularea TCP propuse pentru anul 2012

- Pentru spitalele a caror plata a fost in anul 2011 prin tarif pe caz rezolvat (DRG), s-a pornit de la tarifele publicate in Normele metodologice ale contractului cadru pentru anul 2011
- Pentru spitalele a caror plata in anul 2011 nu a fost prin tarif pe caz rezolvat (DRG), s-a considerat tarif "vechi" TCP mediu national din 2011, 1433 lei
- Numarul cazurilor ponderate a fost estimat la 12 luni plecând de la numărul de cazuri validate şi a ICM realizat de spitale în primele 9 luni ale anului 2011, conform regulilor de validare in uz la 30.09.2011 si a clasificarii RO DRG v1.
- S-a estimat bugetul global realizat de spitale la nivel national pe baza numarului de cazuri ponderate estimate la 12 luni si a TCP 2011 si s-a calculat TCP mediu national 2012=1444 lei
- Pentru spitalele al căror TCP 2011 a fost mai mare de 1444 s-a aplicat o reducere de 5%, acesta fiind noul tarif propus pentru 2012; pentru spitalele al căror TCP 2011 se situa sub 1444, acesta a fost crescut până la nivelul mediu naţional de 1444 propus pentru 2012.

ANEXA 17 B I

LISTA CATEGORIILOR MAJORE DE DIAGNOSTIC

Cod CMD	Categoria majora de diagnostic	Denumire categorie majora de diagnostic
0		Pre-CMD
1	CMD 01	Boli si tulburari ale sistemului nervos
2	CMD 02	Boli si tulburari ale ochiului
3	CMD 03	Boli si tulburari ale urechii, nasului, gurii si gatului
4	CMD 04	Boli si tulburari ale sistemului respirator
5	CMD 05	Boli si tulburari ale sistemului circulator
6	CMD 06	Boli si tulburari ale sistemului digestiv
7	CMD 07	Boli si tulburari ale sistemului hepatobiliar si ale pancreasului
8	CMD 08	Boli si tulburari ale sistemului musculo-scheletal si tesutului conjunctiv
9	CMD 09	Boli si tulburari ale pielii, tesutului subcutanat si sanului
10	CMD 10	Boli si tulburari endocrine, nutritionale si metabolice
11	CMD 11	Boli si tulburari ale rinichiului si tractului urinar
12	CMD 12	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv masculin
13	CMD 13	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv feminin
14	CMD 14	Sarcina, nastere si lauzie
15	CMD 15	Nou-nascuti si alti neonatali
16	CMD 16	Boli si tulburari ale sangelui si organelor hematopoietice si tulburari imunologice
17	CMD 17	Tulburari neoplazice (hematologice si neoplasme solide)
18	CMD 18	Boli infectioase si parazitare
19	CMD 19	Boli si tulburari mentale
20	CMD 20	Consum de alcool/droguri si tulburari mentale organice induse de alcool/droguri
21	CMD 21	Accidente, otraviri si efecte toxice ale medicamentelor
22	CMD 22	Arsuri
23	CMD 23	Factori care influenteaza starea de sanatate si alte contacte cu serviciile de sanatate
24		DRG abatere

ANEXA 17 B II

Nr crt	Categoria majoră de diagnostic (CMD)	Categorie Medicală, Chirurgicala sau Altele (M/C/A)	Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativa	DMS	Limita inferioara a DS	Limita superioara a DS	Mediana DS in sectiile ATI, national
1	24	C	91010	Proceduri extinse in sala de operatii neinrudite cu diagnosticul principal	2.7534	9.22	2	35	1.0
2	24	C	91020	Proceduri neextinse in sala de operatii, neinrudite cu diagnosticul principal	1.4365	6.48	1	24	1.0
3	24	C	91030	Proceduri in sala de operatii ale prostatei neinrudite cu diagnosticul principal	3.4464	-	-	-	-
4	24	M	93010	Negrupabile	0.6490	-	-	-	-
5	24	M	93020	Diagnostice principale inacceptabile	0.1197	-	-	-	-
6	24	M	93030	Diagnostice neonatale neconcordante cu varsta/greutatea	2.3438	-	-	-	-
7	0	C	A1010	Transplant de ficat	0.0000	-	-	-	-
8	0	C	A1020	Transplant de plaman/inima sau plaman	0.0000	-	-	-	-
9	0	C	A1030	Transplant de inima	0.0000	-	-	-	-
10	0	C	A1040	Traheostomie sau ventilatie >95 ore	14.2331	16.65	2	68	7.0
11	0	C	A1050	Transplant alogenic de maduva osoasa	0.0000	-	-	-	-
12	0	C	A1061	Transplant autolog de maduva osoasa cu CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
13	0	C	A1062	Transplant autolog de maduva osoasa fara CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
14	0	C	A1071	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
15	0	C	A1072	Transplant renal fara transplant de pancreas fara CC catastrofale	0.0000	-	-	-	-
16	0	A	A2010	Oxigenoterapie extracorporala fara chirurgie cardiaca	28.5797	9.20	2	32	3.5
17	0	A	A2021	Intubatie varsta<16 cu CC	4.1332	-	-	-	-
18	0	A	A2022	Intubatie varsta<16 fara CC	1.6508	6.37	1	21	1.0
19	1	C	B1010	Revizia shuntului ventricular	1.7579	11.53	3	37	1.0
20	1	C	B1021	Craniotomie cu CC catastrofale	5.8344	13.79	3	48	1.0
21	1	C	B1022	Craniotomie cu CC severe sau moderate	3.4275	13.12	3	40	1.0
22	1	C	B1023	Craniotomie fara CC	2.5833	12.16	3	43	1.0
23	1	C	B1031	Proceduri la nivelul colonei vertebrale cu CC catastrofale sau severe	4.2466	10.49	3	27	1.0

24	1	C	B1032	Proceduri la nivelul colonei vertebrale fara CC catastrofale sau severe	2.0414	7.69	3	19	1.0
25	1	C	B1041	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofale sau severe	2.2682	9.03	3	25	1.0
26	1	C	B1042	Proceduri vasculare extracraniene fara CC catastrofale sau severe	1.4176	6.63	1	27	1.0
27	1	C	B1050	Eliberarea tunelului carpian	0.3276	4.21	1	13	0.0
28	1	C	B1061	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie cu CC catastrofale sau severe	4.3915	9.31	2	33	1.0
29	1	C	B1062	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie fara CC catastrofale sau severe	0.7561	6.68	2	24	1.0
30	1	C	B1071	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2.0099	5.64	2	17	1.0
31	1	C	B1072	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos fara CC	0.7120	4.80	1	15	1.0
32	1	A	B2010	Plasmafereza cu boli neurologice	0.8002	-	-	-	-
33	1	A	B2020	Monitorizare telemetrica EEG	0.8317	8.70	2	30	2.0
34	1	M	B3011	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale	5.0342	11.08	1	50	4.0
35	1	M	B3012	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale	1.5122	8.46	2	30	1.0
36	1	M	B3021	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4.8704	8.10	2	29	1.0
37	1	M	B3022	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	1.2601	7.49	2	24	1.0
38	1	M	B3030	Internare pentru afereza	0.1827	-	-	-	-
39	1	M	B3040	Dementa si alte tulburari cronice ale functiei cerebrale	1.7957	11.27	2	41	3.0
40	1	M	B3051	Delir cu CC catastrofale	1.7579	-	-	-	-
41	1	M	B3052	Delir fara CC catastrofale	0.8884	12.51	3	38	2.0
42	1	M	B3060	Paralizie cerebrala	0.3339	5.67	2	15	4.0
43	1	M	B3071	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.6445	7.22	1	30	2.0
44	1	M	B3072	Tumori ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0.7624	4.90	1	19	2.0
45	1	M	B3081	Tulburari degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	2.1233	8.86	2	28	4.0
46	1	M	B3082	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	0.8821	7.36	2	22	4.0
47	1	M	B3083	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0.4032	6.07	1	23	2.0
48	1	M	B3091	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa cu CC	1.8776	7.12	2	20	5.0
49	1	M	B3092	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa fara CC	0.3591	5.75	2	16	9.0
50	1	M	B3101	AIT si ocluzie precerebrala cu CC catastrofale sau severe	0.9766	7.10	2	19	5.0
51	1	M	B3102	AIT si ocluzie precerebrala fara CC catastrofale sau severe	0.4284	6.25	2	17	4.0
52	1	M	B3111	Accident vascular cerebral cu CC catastrofale	2.9991	12.17	3	39	5.0

53	1	M	B3112	Accident vascular cerebral cu CC severe	1.6319	9.28	3	27	5.0
54	1	M	B3113	Accident vascular cerebral fara CC catastrofale sau severe	1.0585	7.81	2	23	4.0
55	1	M	B3114	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0.3969	1.83	1	5	1.0
56	1	M	B3121	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici cu CC	1.2223	6.63	2	17	3.0
57	1	M	B3122	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici fara CC	0.2520	6.04	2	18	1.0
58	1	M	B3131	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale cu CC catastrofale sau severe	2.7786	10.78	2	43	6.0
59	1	M	B3132	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale fara CC catastrofale sau severe	1.1467	7.56	2	30	6.0
60	1	M	B3140	Menigita virala	0.6175	9.27	1	42	10.0
61	1	M	B3150	Stupoare si coma non-traumatica	0.5482	4.68	1	18	2.0
62	1	M	B3160	Convulsii febrile	0.2835	4.68	2	13	1.0
63	1	M	B3171	Atacuri cu CC catastrofale sau severe	1.1089	6.00	2	18	2.0
64	1	M	B3172	Atacuri fara CC catastrofale sau severe	0.3717	5.34	1	17	1.0
65	1	M	B3180	Cefalee	0.2709	4.69	1	15	2.5
66	1	M	B3191	Leziune intracraniana cu CC catastrofale sau severe	1.9973	6.40	1	26	2.0
67	1	M	B3192	Leziune intracraniana fara CC catastrofale sau severe	0.8191	3.94	1	13	1.0
68	1	M	B3200	Fracturi craniene	0.6616	5.07	1	17	1.0
69	1	M	B3210	Alta leziune a capului	0.2394	3.19	1	9	1.0
70	1	M	B3221	Alte tulburari ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.5059	6.09	2	19	2.5
71	1	M	B3222	Alte tulburari ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0.5545	8.42	1	33	1.0
72	2	C	C1010	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1.2853	5.37	2	15	1.0
73	2	C	C1020	Enucleeri si proceduri ale orbitei	1.1278	4.19	1	11	1.0
74	2	C	C1030	Proceduri la nivelul retinei	0.6616	2.71	1	6	1.0
75	2	C	C1040	Proceduri majore asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0.8884	5.49	3	11	1.0
76	2	C	C1050	Dacriocistorinostomie	0.6112	4.01	1	13	1.0
77	2	C	C1060	Proceduri pentru strabism	0.4284	2.66	1	6	1.0
78	2	C	C1070	Proceduri ale pleoapei	0.4599	3.71	1	11	1.0
79	2	C	C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0.4158	3.26	1	9	1.0
80	2	C	C1090	Proceduri privind caile lacrimare	0.2835	4.29	1	12	1.0
81	2	C	C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului	0.3150	3.16	1	9	1.0
82	2	C	C1111	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei	0.8191	4.00	2	9	1.0
83	2	C	C1112	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei, de zi	0.4284	-	-	-	-
84	2	C	C1121	Proceduri asupra cristalinului	0.6049	3.25	1	7	1.0
85	2	C	C1122	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0.4095	-	-	-	-
86	2	M	C3011	Infectii oculare acute si majore varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.1404	5.73	2	14	4.0
87	2	M	C3012	Infectii oculare acute si majore varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0.7057	4.15	2	11	0.5

88	2	M	C3020	Tulburari neurologice si vasculare ale ochiului	0.4347	5.65	2	17	1.0
89	2	M	C3030	Hifema si traume oculare tratate medical	0.2898	4.32	1	13	1.0
90	2	M	C3041	Alte tulburari ale ochiului cu CC	0.7498	4.57	2	12	1.0
91	2	M	C3042	Alte tulburari ale ochiului fara CC	0.2961	3.79	1	12	1.0
92	3	C	D1010	Implant cohlear	4.6436	-	-	-	-
93	3	C	D1021	Proceduri ale capului si gatului cu CC catastrofale sau severe	4.2655	6.80	2	20	1.0
94	3	C	D1022	Proceduri ale capului si gatului cu stare maligna sau CC moderate	1.8335	8.96	2	32	1.0
95	3	C	D1023	Proceduri ale capului si gatului fara stare maligna fara CC	1.1152	9.24	2	36	1.0
96	3	C	D1030	Cura chirugicala a cheiloschisisului sau diagnostic privind palatul	1.1026	8.64	3	23	1.0
97	3	C	D1041	Chirurgie maxialo-faciala cu CC	1.6193	5.58	2	17	1.0
98	3	C	D1042	Chirurgie maxialo-faciala fara CC	0.9325	5.30	1	17	1.0
99	3	C	D1050	Proceduri la nivelul glandei parotide	1.4239	8.57	3	21	1.0
100	3	C	D1060	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei si urechii medii	0.8947	7.23	2	19	1.0
101	3	C	D1070	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0.5671	5.14	2	14	1.0
102	3	C	D1080	Proceduri nasale	0.5293	5.00	2	13	1.0
103	3	C	D1090	Amigdalectomie si/sau adenoidectomie	0.4284	3.03	1	8	1.0
104	3	C	D1100	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0.6427	4.24	1	12	1.0
105	3	C	D1110	Miringotomie cu insertie de tub	0.2457	5.53	1	18	1.0
106	3	C	D1120	Proceduri asupra gurii si glandei salivare	0.4978	4.27	1	12	1.0
107	3	A	D2010	Extractii dentare si restaurare	0.3402	3.64	1	10	1.0
108	3	A	D2020	Proceduri endoscopice de zi, pentru afectiuni ORL	0.2016	-	-	-	-
109	3	M	D3011	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului cu CC catastrofale sau severe	1.8146	7.64	1	28	1.0
110	3	M	D3012	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului fara CC catastrofale sau severe	0.5608	6.26	1	22	1.0
111	3	M	D3020	Dezechilibru	0.3213	5.94	2	16	3.0
112	3	M	D3030	Epistaxis	0.2961	4.73	2	12	1.5
113	3	M	D3041	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare cu CC	0.5293	5.03	2	12	2.0
114	3	M	D3042	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare fara CC	0.3024	4.69	2	12	1.0
115	3	M	D3050	Laringotraheita si epiglotita	0.2394	5.03	2	12	2.0
116	3	M	D3060	Traumatism si diformitate nazale	0.2583	3.94	1	11	1.0
117	3	M	D3071	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul cu CC	0.6490	5.19	2	13	1.0
118	3	M	D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul fara CC	0.2457	4.91	1	15	1.0
119	3	M	D3081	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor	0.5293	4.39	1	13	1.0
120	3	M	D3082	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor de zi	0.1449	-	-	-	-
121	4	C	E1011	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofale	4.1017	12.75	2	47	1.0

122	4	C	E1012	Proceduri majore la nivelul toracelui fara CC catastrofale	2.1989	8.99	2	35	1.0
123	4	C	E1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC catastrofale	3.6859	4.73	1	16	1.0
124	4	C	E1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC severe	1.5311	5.26	1	16	1.0
125	4	C	E1023	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator fara CC catastrofale sau severe	0.6112	3.70	1	10	1.0
126	4	A	E2010	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3.6985	8.53	1	37	3.0
127	4	A	E2020	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilatie neinvaziva	2.6337	8.09	1	41	1.0
128	4	A	E2030	Proceduri endoscopice ale aparatului respirator, de zi	0.2016	-	-	-	-
129	4	M	E3011	Fibroza cistica cu CC catastrofale sau severe	2.6652	9.23	2	34	3.0
130	4	M	E3012	Fibroza cistica fara CC catastrofale sau severe	2.0036	5.04	1	16	21.0
131	4	M	E3021	Embolism pulmonar cu CC catastrofale sau severe	1.5374	9.58	2	37	2.0
132	4	M	E3022	Embolism pulmonar fara CC catastrofale sau severe	0.7876	9.16	2	32	3.0
133	4	M	E3031	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC catastrofale	1.6697	8.20	3	23	3.0
134	4	M	E3032	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC severe sau moderate	0.9703	7.50	3	19	2.0
135	4	M	E3033	Infectii respiratorii/inflamatii fara CC	0.5608	7.27	2	20	2.0
136	4	M	E3040	Apnee de somn	0.2835	5.68	1	19	1.0
137	4	M	E3050	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	0.8758	6.48	2	19	2.0
138	4	M	E3061	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1.1467	8.51	3	21	4.0
139	4	M	E3062	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0.6805	8.35	3	21	2.5
140	4	M	E3071	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 cu CC	1.4302	6.60	2	18	4.0
141	4	M	E3072	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 sau cu CC	0.7435	5.74	2	16	2.0
142	4	M	E3073	Traumatism major la nivelul toracelui varsta <70 fara CC	0.4032	4.69	2	13	1.0
143	4	M	E3081	Semne si simptome respiratorii cu CC catastrofale sau severe	0.6679	6.73	2	23	3.0
144	4	M	E3082	Semne si simptome respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0.3087	5.70	1	19	1.0
145	4	M	E3090	Pneumotorax	0.7309	7.69	2	23	2.0
146	4	M	E3101	Bronsita si astm varsta >49 cu CC	0.7624	7.69	3	19	3.0
147	4	M	E3102	Bronsita si astm varsta >49 sau cu CC	0.5041	6.12	2	16	2.0
148	4	M	E3103	Bronsita si astm varsta <50 fara CC	0.3339	5.46	2	14	1.0
149	4	M	E3111	Tuse convulsiva si bronsiolita acuta cu CC	1.0396	5.97	2	14	2.0
150	4	M	E3112	Tuse convulsiva si bronsiolita acuta fara CC	0.5608	5.17	2	14	3.0
151	4	M	E3121	Tumori respiratorii cu CC catastrofale	1.6508	6.71	2	23	2.0
152	4	M	E3122	Tumori respiratorii cu CC severe sau moderate	0.8758	6.09	1	22	2.0
153	4	M	E3123	Tumori respiratorii fara CC	0.4725	5.39	1	20	1.0
154	4	M	E3130	Probleme respiratorii aparute in perioada neonatala	0.9829	-	-	-	-

155	4	M	E3141	Revarsat pleural cu CC catastrofale	1.6634	9.69	2	34	3.0
156	4	M	E3142	Revarsat pleural cu CC severe	1.0396	8.89	2	29	2.5
157	4	M	E3143	Revarsat pleural fara CC catastrofale sau severe	0.6049	8.79	2	31	1.0
158	4	M	E3151	Boala interstitiala pulmonara cu CC catastrofale	1.6760	6.79	3	15	3.0
159	4	M	E3152	Boala interstitiala pulmonara cu CC severe	1.1530	6.19	3	14	2.0
160	4	M	E3153	Boala interstitiala pulmonara fara CC catastrofale sau severe	0.6616	5.88	3	13	1.0
161	4	M	E3161	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 cu CC	0.9388	6.17	1	26	2.0
162	4	M	E3162	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 sau cu CC	0.6364	5.66	1	19	2.0
163	4	M	E3163	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta <65 fara CC	0.3843	4.76	2	14	1.0
164	5	C	F1011	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofale sau severe	7.3276	11.22	2	43	1.0
165	5	C	F1012	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fara CC catastrofale sau severe	6.3195	-	-	-	-
166	5	C	F1020	Implant/Inlocuire componenta AICD	6.3447	9.00	2	29	-
167	5	C	F1030	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB cu investigatie cardiaca invaziva	8.8524	20.98	7	53	3.0
168	5	C	F1041	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale	6.1557	17.19	7	39	3.0
169	5	C	F1042	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale	4.3663	17.46	6	44	4.0
170	5	C	F1051	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale	6.5779	19.19	8	41	3.0
171	5	C	F1052	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale	4.9397	19.48	7	45	3.0
172	5	C	F1061	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale sau severe	4.0513	15.03	6	32	2.0
173	5	C	F1062	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale sau severe	3.0999	13.94	6	30	2.0
174	5	C	F1071	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB cu CC catastrofale	7.5230	16.52	4	50	2.0
175	5	C	F1072	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB fara CC catastrofale	4.5365	-	-	-	-
176	5	C	F1081	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB cu CC catastrofale	5.2232	11.48	1	65	1.0
177	5	C	F1082	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB fara CC catastrofale	2.5266	7.82	1	47	1.0
178	5	C	F1091	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB cu CC catastrofale	4.1143	9.65	2	40	2.0
179	5	C	F1092	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB fara CC catastrofale	2.6715	9.24	2	34	1.0
180	5	C	F1100	Interventie coronara percutanata cu IMA	1.8461	6.16	2	16	3.0
181	5	C	F1111	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picioar cu CC catastrofale	5.9037	17.17	4	56	1.0
182	5	C	F1112	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior fara CC catastrofale	2.9487	17.13	5	47	1.0

183	5	C	F1120	Implantare pacemaker cardiac	1.9343	6.73	2	19	3.0
184	5	C	F1130	Amputatie a membrului superior si a degetului pentru tulburari ale sistemului circulator	2.3375	14.12	3	48	1.0
185	5	C	F1141	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC catastrofale	3.1881	6.95	2	25	1.0
186	5	C	F1142	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC severe	1.3420	6.56	1	24	1.0
187	5	C	F1143	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB fara CC catastrofale sau severe	0.9388	5.27	1	17	1.0
188	5	C	F1150	Interventie coronara percutanata fara IMA cu implantare de stent	1.2853	5.65	2	17	1.0
189	5	C	F1160	Interventie coronara percutanata fara IMA fara implantare de stent	1.2538	5.35	1	17	1.0
190	5	C	F1170	Inlocuire de pacemaker cardiac	1.2538	7.09	2	22	1.0
191	5	C	F1180	Revizie de pacemaker cardiac exceptand inlocuirea dispozitivului	1.2160	6.39	2	20	0.5
192	5	C	F1190	Alta interventie percutanata cardiaca transvasculara	1.5689	-	-	-	-
193	5	C	F1200	Ligatura venelor si stripping	0.6616	5.82	2	18	1.0
194	5	C	F1211	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator cu CC catastrofale	3.2385	6.92	1	27	2.0
195	5	C	F1212	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator fara CC catastrofale	1.2601	6.42	1	22	1.0
196	5	A	F2010	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3.4401	7.23	1	31	2.0
197	5	A	F2021	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1.7327	7.01	2	22	2.5
198	5	A	F2022	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	1.0648	6.07	2	17	-
199	5	A	F2031	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu diagnostic principal complex	1.0396	4.92	1	15	5.0
200	5	A	F2032	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara diagnostic principal complex	0.5608	3.64	1	10	1.0
201	5	M	F3011	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1.3609	8.52	2	28	2.0
202	5	M	F3012	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	0.6553	6.90	1	29	1.0
203	5	M	F3013	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva, decedat	0.7561	3.84	1	16	1.0
204	5	M	F3020	Endocardita infectioasa	2.7471	18.49	2	98	4.5
205	5	M	F3031	Insuficienta cardiaca si soc cu CC catastrofale	1.6886	7.30	2	21	2.0
206	5	M	F3032	Insuficienta cardiaca si soc fara CC catastrofale	0.7561	6.64	2	17	2.0
207	5	M	F3041	Tromboza venoasa cu CC catastrofale sau severe	1.2538	8.24	3	21	4.0
208	5	M	F3042	Tromboza venoasa fara CC catastrofale sau severe	0.5734	7.37	3	19	6.0
209	5	M	F3050	Ulceratie a pielii pentru tulburari circulatorii	1.5689	8.96	3	22	3.0

210	5	M	F3061	Tulburari vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1.2853	6.90	2	22	2.0
211	5	M	F3062	Tulburari vasculare periferice fara CC catastrofale sau severe	0.4284	7.33	2	24	2.0
212	5	M	F3071	Ateroscleroza coronariana cu CC	0.5482	6.94	2	20	3.0
213	5	M	F3072	Ateroscleroza coronariana fara CC	0.2646	7.55	2	24	3.0
214	5	M	F3081	Hipertensiune cu CC	0.7246	6.37	2	17	3.0
215	5	M	F3082	Hipertensiune fara CC	0.3528	6.66	2	20	3.0
216	5	M	F3090	Boala congenitala de inima	0.3780	5.42	1	18	5.0
217	5	M	F3101	Tulburari valvulare cu CC catastrofale sau severe	1.2034	6.52	2	19	3.0
218	5	M	F3102	Tulburari valvulare fara CC catastrofale sau severe	0.2520	5.55	2	17	1.0
219	5	M	F3111	Aritmie majora si stop cardiac cu CC catastrofale sau severe	0.9829	5.60	1	25	1.0
220	5	M	F3112	Aritmie majora si stop cardiac fara CC catastrofale sau severe	0.4473	5.57	1	22	1.0
221	5	M	F3121	Aritmie non-majora si tulburari de conducere cu CC catastrofale sau severe	0.9514	7.03	2	19	3.0
222	5	M	F3122	Aritmie non-majora si tulburari de conducere fara CC catastrofale sau severe	0.3654	5.24	2	16	2.0
223	5	M	F3131	Angina instabila cu CC catastrofale sau severe	0.8317	6.24	2	16	2.0
224	5	M	F3132	Angina instabila fara CC catastrofale sau severe	0.4221	5.68	2	16	2.0
225	5	M	F3141	Sincopa si colaps cu CC catastrofale sau severe	0.7876	5.48	2	16	2.0
226	5	M	F3142	Sincopa si colaps fara CC catastrofale sau severe	0.2961	4.22	1	12	1.0
227	5	M	F3150	Durere toracica	0.2646	4.07	1	12	-
228	5	M	F3161	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2.0414	7.63	2	22	3.0
229	5	M	F3162	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC severe	0.9892	7.16	2	20	2.0
230	5	M	F3163	Alte diagnostice ale sistemului circulator fara CC catastrofale sau severe	0.5230	6.01	2	19	1.0
231	6	C	G1011	Rezectie rectala cu CC catastrofale	4.6940	17.30	5	46	3.0
232	6	C	G1012	Rezectie rectala fara CC catastrofale	2.6841	16.26	6	37	2.0
233	6	C	G1021	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros cu CC catastrofale	4.4356	14.13	3	49	3.0
234	6	C	G1022	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros fara CC catastrofale	2.1359	11.98	3	40	3.0
235	6	C	G1031	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului cu stare maligna	5.0909	15.27	3	52	4.0
236	6	C	G1032	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare malignam cu CC catastrofale sau severe	3.8182	9.15	2	28	3.0
237	6	C	G1033	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna fara CC catastrofale sau severe	1.3672	6.60	2	22	2.0
238	6	C	G1041	Aderente peritoneale varsta >49 cu CC	2.8920	10.48	3	29	1.0
239	6	C	G1042	Aderente peritoneale varsta >49 sau cu CC	1.7579	7.16	3	18	1.0
240	6	C	G1043	Aderente peritoneale varsta <50 fara CC	1.0459	5.66	2	13	1.0
241	6	C	G1051	Proceduri minore pe intenstinul subtire si gros cu CC	1.9532	7.11	2	23	1.0
242	6	C	G1052	Proceduri minore pe intenstinul subtire si gros	1.0963	5.18	1	16	1.0

				fara CC					
243	6	C	G1060	Piloromiotomie	1.0648	-	-	-	-
244	6	C	G1071	Apendicectomie cu CC catastrofale sau severe	1.6886	5.76	2	13	1.0
245	6	C	G1072	Apendicectomie fara CC catastrofale sau severe	0.8443	4.93	2	11	1.0
246	6	C	G1081	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.0018	8.23	3	23	1.0
247	6	C	G1082	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta 1 la 59 fara CC catastrofale sau severe	0.5923	6.87	2	19	1.0
248	6	C	G1090	Proceduri pentru hernia inghinala si femurala varsta >0	0.5797	6.19	2	16	1.0
249	6	C	G1100	Proceduri pentru hernie varsta <1	0.5293	4.36	2	10	1.0
250	6	C	G1111	Proceduri anale si la nivelul stomei cu CC catastrofale sau severe	1.2097	6.50	2	20	1.0
251	6	C	G1112	Proceduri anale si la nivelul stomei fara CC catastrofale sau severe	0.4221	5.41	2	16	1.0
252	6	C	G1121	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofale sau severe	2.8479	9.63	2	38	2.0
253	6	C	G1122	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv fara CC catastrofale sau severe	0.8317	7.61	2	27	1.0
254	6	A	G2011	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0.9577	6.18	2	18	3.0
255	6	A	G2012	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0.1764	-	-	-	-
256	6	A	G2020	Colonoscopie complexa	0.4032	-	-	-	-
257	6	A	G2031	Alte colonoscopii cu CC catastrofale sau severe	1.5437	5.13	2	15	1.0
258	6	A	G2032	Alte colonoscopii fara CC catastrofale sau severe	0.6364	4.06	1	12	1.0
259	6	A	G2033	Alte colonoscopii, de zi	0.2079	-	-	-	-
260	6	A	G2041	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0.7687	4.88	2	14	1.0
261	6	A	G2042	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0.1701	-	-	-	-
262	6	A	G2051	Gastroscopie complexa cu CC catastrofale sau severe	1.8335	6.31	2	19	3.0
263	6	A	G2052	Gastroscopie complexa fara CC catastrofale sau severe	0.8380	4.97	2	15	1.0
264	6	A	G2053	Gastroscopie complexa, de zi	0.2394	-	-	-	-
265	6	M	G3011	Stare maligna digestiva cu CC catastrofale sau severe	0.9766	5.72	1	20	3.0
266	6	M	G3012	Stare maligna digestiva fara CC catastrofale sau severe	0.5041	4.35	1	13	2.0
267	6	M	G3021	Hemoragie gastrointestinala varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.4978	6.39	2	21	3.0
268	6	M	G3022	Hemoragie gastrointestinala varsta <65 fara CC catastrofale sau severe	0.2583	5.27	2	16	3.0
269	6	M	G3030	Ulcer peptic complicat	0.9199	6.05	2	17	3.5
270	6	M	G3040	Ulcer peptic necomplicat	0.2205	5.69	2	15	3.0
271	6	M	G3050	Boala inflamatorie a intestinului	0.5356	5.56	1	19	3.0
272	6	M	G3061	Ocluzie intestinala cu CC	0.9703	5.02	1	16	2.0
273	6	M	G3062	Ocluzie intestinala fara CC	0.4473	4.10	1	12	2.0
274	6	M	G3071	Durere abdominala sau adenita mezenterica cu CC	0.4725	4.23	2	11	1.0

275	6	M	G3072	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC	0.2331	3.45	1	10	1.0
276	6	M	G3081	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani cu CC catastrofale/severe	0.8065	5.20	2	14	3.0
277	6	M	G3082	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani fara CC catastrofale/severe	0.2709	4.58	2	13	2.0
278	6	M	G3091	Gastroenterita varsta <10 ani cu CC	0.7498	4.53	2	11	2.0
279	6	M	G3092	Gastroenterita varsta <10 ani fara CC	0.3402	3.95	2	10	2.0
280	6	M	G3100	Esofagita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta <10 ani	0.3717	3.57	1	9	1.0
281	6	M	G3111	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0.7813	5.02	1	15	1.0
282	6	M	G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fara CC	0.2394	4.26	1	13	1.0
283	7	C	H1011	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt cu CC catastrofale	5.5572	16.01	3	61	2.0
284	7	C	H1012	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt fara CC catastrofale	2.4825	14.70	4	44	2.0
285	7	C	H1021	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare maligna sau CC catastrofale	4.2340	15.64	4	44	3.0
286	7	C	H1022	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna cu (CC moderate sau severee)	2.3753	14.20	4	42	2.0
287	7	C	H1023	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna fara CC	1.3294	12.54	3	40	2.0
288	7	C	H1031	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2.4320	7.88	2	24	1.0
289	7	C	H1032	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fara CC catastrofale sau severe	1.0648	6.16	2	15	1.0
290	7	C	H1040	Alte proceduri in sala de operatii hepatobiliare si pancreatice	2.4825	8.29	2	29	3.0
291	7	C	H1051	Colecistectomie deschisa cu explorarea inchisa a CBP sau cu CC catastrofale	3.4780	12.56	4	31	2.0
292	7	C	H1052	Colecistectomie deschisa fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale	1.5563	10.62	4	24	2.0
293	7	C	H1061	Colecistectomie laparoscopica cu explorarea inchisa a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.7075	6.37	2	18	1.0
294	7	C	H1062	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale sau severe	0.8443	5.36	2	12	1.0
295	7	A	H2010	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sangerande	1.9469	6.24	2	21	3.0
296	7	A	H2021	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	2.0099	6.69	2	20	1.0
297	7	A	H2022	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC catastrofale sau severe	0.8380	4.02	1	10	1.0
298	7	A	H2031	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	1.8083	6.90	2	23	0.0
299	7	A	H2032	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC moderate	1.0144	4.28	1	12	1.0
300	7	A	H2033	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC	0.5860	5.11	1	17	0.0

301	7	M	H3011	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC catastrofale	1.9406	7.53	2	26	3.0
302	7	M	H3012	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC severe	0.9136	7.05	2	21	3.0
303	7	M	H3013	Ciroza si hepatita alcoolica fara CC catastrofale sau severe	0.4347	6.44	2	18	3.0
304	7	M	H3021	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 cu CC catastrofale sau severe) sau cu CC catastrofale	1.3987	6.74	2	23	3.0
305	7	M	H3022	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 fara CC catastrofale sau severe) sau fara CC catastrofale	0.6301	5.44	1	19	3.0
306	7	M	H3031	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne cu CC catastrofale sau severe	1.4428	6.79	2	20	4.0
307	7	M	H3032	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fara CC catastrofale sau severe	0.5797	6.01	2	18	3.0
308	7	M	H3041	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1.4996	6.09	2	19	3.0
309	7	M	H3042	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fara CC cat/sev	0.4095	5.81	2	17	2.0
310	7	M	H3051	Tulburari ale tractului biliar cu CC	0.8569	5.80	2	17	3.0
311	7	M	H3052	Tulburari ale tractului biliar fara CC	0.3465	4.73	2	14	2.0
312	8	C	I1010	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremitatilor inferioare	5.7966	23.32	7	60	1.0
313	8	C	I1021	Transfer de tesut micorvascular sau (grefa de piele cu CC catastrofale sau severe), cu exceptia mainii	6.9181	12.76	2	55	1.0
314	8	C	I1022	Grefe pe piele fara CC catastrofale sau severe, cu exceptia mainii	2.7534	10.19	1	45	0.0
315	8	C	I1031	Revizie a artroplastiei totale de sold cu CC catastrofale sau severe	6.1935	17.61	6	44	1.0
316	8	C	I1032	Inlocuire sold cu CC catastrofale sau severe sau revizie a artroplastiei totale de sold fara CC catastrofale sau severe	3.3834	14.86	6	32	1.0
317	8	C	I1033	Inlocuire sold fara CC catastrofale sau severe	2.7597	13.92	6	28	1.0
318	8	C	I1040	Inlocuire si reatasare de genunchi	2.8920	14.46	5	38	1.0
319	8	C	I1050	Alte proceduri majore de inlocuire a articulatiilor si reatasare a unui membru	2.6652	-	-	-	-
320	8	C	I1060	Artrodeza vertebrala cu diformitate	6.1683	14.83	3	51	3.0
321	8	C	I1070	Amputatie	4.8767	18.42	3	71	1.0
322	8	C	I1081	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului cu CC catastrofale sau severe	3.1188	14.05	5	35	1.0
323	8	C	I1082	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului fara CC catastrofale sau severe	1.9280	12.14	4	30	1.0
324	8	C	I1091	Artrodeza vertebrala cu CC catastrofale sau severe	5.6517	7.87	2	23	1.0
325	8	C	I1092	Artrodeza vertebrala fara CC catastrofale sau severe	3.0432	7.62	1	34	1.0
326	8	C	I1101	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului cu CC catastrofale sau severe	2.6967	9.26	3	26	1.0
327	8	C	I1102	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului fara CC catastrofale sau severe	1.3546	7.80	2	23	1.0
328	8	C	I1110	Proceduri de alungire a membrelor	2.0603	10.36	1	53	1.0
329	8	C	I1121	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si	4.9334	11.09	2	46	1.0

				tesutului conjunctiv cu CC catastrofale					
330	8	C	I1122	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC severe	2.6274	8.94	2	34	1.0
331	8	C	I1123	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv fara CC catastrofale sau severe	1.3546	7.63	1	34	1.0
332	8	C	I1131	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei cu CC catastrofale sau severe	2.9298	10.72	3	34	1.0
333	8	C	I1132	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	1.6004	10.39	3	32	1.0
334	8	C	I1133	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	1.2034	8.51	2	26	1.0
335	8	C	I1140	Revizie a bontului de amputatie	1.4870	9.70	1	41	1.0
336	8	C	I1150	Chirurgie cranio-faciala	1.9343	11.31	3	34	1.5
337	8	C	I1160	Alte proceduri la nivelul umarului	0.8695	4.00	1	12	1.0
338	8	C	I1170	Chirurgie maxilo-faciala	1.4113	6.98	1	27	1.0
339	8	C	I1180	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0.5167	4.23	1	14	1.0
340	8	C	I1190	Alte proceduri la nivelul cotului si antebratului	0.9829	5.70	2	18	0.0
341	8	C	I1200	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0.7939	6.96	2	23	1.0
342	8	C	I1210	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare a soldului si femurului	0.8506	6.00	1	21	1.0
343	8	C	I1220	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv sold si femur	0.4221	4.06	1	13	1.0
344	8	C	I1230	Artroscopie	0.4536	4.20	1	13	1.0
345	8	C	I1240	Proceduri diagnostic ale oaselor si a incheieturilor, incluzand biopsia	1.8146	6.67	1	24	1.0
346	8	C	I1251	Proceduri la nivelul tesuturilor moi cu CC catastrofale sau severe	2.1422	6.65	1	25	1.0
347	8	C	I1252	Proceduri la nivelul tesuturilor moi fara CC catastrofale sau severe	0.6868	5.51	1	19	1.0
348	8	C	I1261	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv cu CC	2.4699	6.64	1	24	1.0
349	8	C	I1262	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv fara CC	0.7435	4.90	1	16	0.0
350	8	C	I1270	Reconstructie sau revizie a genunchiului	1.0711	4.51	1	13	1.0
351	8	C	I1280	Proceduri la nivelul mainii	0.5545	4.16	1	13	1.0
352	8	M	I3010	Fracturi ale diafizei femurale	1.7579	5.37	1	20	1.0
353	8	M	I3020	Fracturi ale extremitatii distale femurale	1.3483	5.70	1	20	1.0
354	8	M	I3030	Entorse, luxatii si dislocari ale soldului, pelvisului si coapsei	0.5356	5.26	1	17	0.0
355	8	M	I3041	Osteomielita cu CC	2.0162	9.17	1	37	3.0
356	8	M	I3042	Osteomielita fara CC	0.7120	7.93	2	29	1.0
357	8	M	I3051	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica cu CC catastrofale sau severe	1.3609	6.76	1	25	1.0
358	8	M	I3052	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica tologica fara CC catastrofale sau severe	0.5671	4.89	1	18	1.0

359	8	M	I3061	Tulburari inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofale sau severe	2.2178	6.05	2	17	2.0
360	8	M	I3062	Tulburari inflamatorii musculoscheletale fara CC catastrofale sau severe	0.4221	5.35	2	15	1.0
361	8	M	I3071	Artrita septica cu CC catastrofale sau severe	2.3564	7.14	2	22	1.0
362	8	M	I3072	Artrita septica fara CC catastrofale sau severe	0.7939	6.65	2	22	1.0
363	8	M	I3081	Tulburari nechirurgicale ale coloanei cu CC	1.3294	6.59	2	17	2.0
364	8	M	I3082	Tulburari nechirurgicale ale coloanei fara CC	0.6049	5.76	2	19	1.0
365	8	M	I3083	Tulburari nechirurgicale ale coloanei, de zi	0.1890	0.00	1	1	0.0
366	8	M	I3091	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 cu CC catastrofale sau severe	1.5626	6.59	2	20	1.0
367	8	M	I3092	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.5923	6.04	2	18	1.0
368	8	M	I3093	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0.2898	5.78	2	18	1.0
369	8	M	I3100	Artropatii nespecifice	0.5482	6.35	2	18	1.0
370	8	M	I3111	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 cu CC	0.8695	6.73	2	21	-
371	8	M	I3112	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 sau cu CC	0.4032	6.43	2	20	1.0
372	8	M	I3113	Alte tulburari musculotendinoase varsta <70 fara CC	0.2646	5.33	2	16	1.0
373	8	M	I3121	Tulburari musculotendinoase specifice varsta >79 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.2034	7.02	2	21	2.0
374	8	M	I3122	Tulburari musculotendinoase specifice varsta <80 fara CC catastrofale sau severe	0.3339	5.42	2	17	1.0
375	8	M	I3131	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1.7768	11.02	2	48	3.0
376	8	M	I3132	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6427	6.73	1	28	0.0
377	8	M	I3133	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0.3465	4.67	1	17	0.0
378	8	M	I3141	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 cu CC	1.1026	3.83	1	10	0.0
379	8	M	I3142	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 sau cu CC	0.4284	3.59	1	9	0.0
380	8	M	I3143	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC	0.2835	3.00	1	8	1.0
381	8	M	I3151	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta >64 cu CC	1.3861	4.59	1	14	0.0
382	8	M	I3152	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei varsta >64 sau cu CC	0.5860	4.17	1	12	0.0
383	8	M	I3153	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC	0.2961	3.61	1	10	1.0
384	8	M	I3161	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 cu CC	1.1467	7.57	1	29	1.0
385	8	M	I3162	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 sau cu CC	0.4788	5.23	1	18	1.0

386	8	M	I3163	Alte tulburari musculoscheletale varsta <70 fara CC	0.2583	4.50	1	15	1.0
387	8	M	I3171	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofale sau severe	2.0477	7.84	1	29	2.0
388	8	M	I3172	Fracturi ale pelvisului fara CC catastrofale sau severe	0.9262	6.21	1	21	1.0
389	8	M	I3181	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofale sau severe	1.2979	7.28	1	27	2.0
390	8	M	I3182	Fracturi ale colului femural fara CC catastrofale sau severe	0.4284	5.43	1	20	1.0
391	9	C	J1010	Transfer de tesut microvasular pentru piele, tesut subcutanat si tulburari ale sanului	4.8137	14.73	3	49	0.0
392	9	C	J1021	Proceduri majore pentru afectiuni maligne ale sanului	1.2097	10.36	3	31	1.0
393	9	C	J1022	Proceduri majore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0.9829	5.30	1	18	0.0
394	9	C	J1031	Proceduri minore pentru afectiuni maligne ale sanului	0.5482	4.52	1	16	0.0
395	9	C	J1032	Proceduri minore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0.3780	4.37	1	14	0.0
396	9	C	J1041	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2.0918	6.42	1	23	1.0
397	9	C	J1042	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare fara CC catastrofale sau severe	0.6112	4.41	1	15	1.0
398	9	C	J1050	Proceduri perianale si pilonidale	0.4978	4.72	1	14	1.0
399	9	C	J1060	Proceduri in sala de operatii ale pielii, tesutului subcutanat si chirugie plastica la nivelul sanului	0.4473	5.48	1	20	1.0
400	9	C	J1070	Alte proceduri ale pielii, tesutului subcutanat si sanului	0.2709	4.32	1	14	1.0
401	9	C	J1081	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita cu CC catastrofale	4.7444	11.05	3	34	1.0
402	9	C	J1082	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale cu grefa de piele/lambou de reparare	2.6148	16.14	3	62	1.0
403	9	C	J1083	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale fara grefa de piele/lambou de reparare	1.7768	8.66	2	29	0.0
404	9	C	J1091	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita cu grefa de piele (CC catastrofale sau severe)	2.4194	-	-	-	-
405	9	C	J1092	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita fara (grefa de piele si (CC catastrofale sau severe)	0.8947	5.97	1	21	1.0
406	9	C	J1100	Reaconstructii majore ale sanului	3.5347	-	-	-	-
407	9	M	J3011	Ulceratii ale pielii	1.4491	8.90	3	25	5.0
408	9	M	J3012	Ulceratie ale pielii, de zi	0.1260	-	-	-	-
409	9	M	J3021	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 cu CC) sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6742	5.59	1	21	1.0
410	9	M	J3022	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 fara CC) sau fara (CC catastrofale sau severe)	0.2394	3.88	1	12	1.0
411	9	M	J3030	Tulburari nemaligne ale sanului	0.2772	4.25	1	13	0.0
412	9	M	J3041	Celulita varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1.3420	8.55	3	24	1.0
413	9	M	J3042	Celulita (varsta >59 fara CC catastrofale sau severe) sau varsta <60	0.5608	6.04	2	18	1.0

414	9	M	J3051	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta >69	0.5545	5.05	2	15	2.0
415	9	M	J3052	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta <70	0.2709	3.60	1	11	1.0
416	9	M	J3061	Tulburari minore ale pielii	0.5923	4.82	2	14	1.0
417	9	M	J3062	Tulburari minore ale pielii, de zi	0.1575	-	-	-	-
418	9	M	J3071	Tulburari majore ale pielii	0.9199	5.75	2	16	1.0
419	9	M	J3072	Tulburari majore ale pielii, de zi	0.0882	-	-	-	-
420	10	C	K1010	Proceduri ale piciorului diabetic	3.7867	11.23	3	35	1.0
421	10	C	K1020	Proceduri la nivel de hipofiza	2.7849	-	-	-	-
422	10	C	K1030	Proceduri la nivelul suprarenalelor	2.6085	11.46	3	30	1.0
423	10	C	K1040	Proceduri majore pentru obezitate	1.5689	6.06	2	14	1.0
424	10	C	K1050	Proceduri la nivelul paratiroidelor	1.2664	5.11	1	16	0.5
425	10	C	K1060	Proceduri la nivelul tiroidei	1.1152	5.29	2	15	1.0
426	10	C	K1070	Proceduri privind obezitatea	1.3357	-	-	-	-
427	10	C	K1080	Proceduri privind tiroglosul	0.6616	6.11	2	16	1.0
428	10	C	K1090	Alte proceduri in sala de operatii la nivel endocrin, nutritional si metabolic	2.7849	6.50	2	21	1.0
429	10	A	K2010	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburari metabolice fara CC, de zi	0.3843	-	-	-	-
430	10	M	K3011	Diabet cu CC catastrofale sau severe	1.2790	6.58	2	17	3.0
431	10	M	K3012	Diabet fara CC catastrofale sau severe	0.5734	5.90	2	17	2.0
432	10	M	K3020	Perturbare nutritionala severa	2.3060	6.01	2	18	1.0
433	10	M	K3031	Diverse tulburari metabolice cu CC catastrofale	1.5185	6.33	2	18	3.0
434	10	M	K3032	Diverse tulburari metabolice varsta >74 sau cu CC severe	0.7246	5.01	2	13	2.0
435	10	M	K3033	Diverse tulburari metabolice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0.3843	4.01	2	11	1.0
436	10	M	K3040	Erori innascute de metabolism	0.4158	4.93	1	14	2.0
437	10	M	K3051	Tulburari endocrine cu CC catastrofale sau severe	1.4239	5.17	2	13	2.0
438	10	M	K3052	Tulburari endocrine fara CC catastrofale sau severe	0.4851	4.45	2	11	1.0
439	11	C	L1011	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa cu CC catastrofale sau severe	4.0576	18.39	1	126	1.0
440	11	C	L1012	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa fara CC catastrofale sau severe	1.1971	-	-	-	-
441	11	C	L1021	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofale sau severe	4.1332	14.95	4	46	2.0
442	11	C	L1022	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori fara CC catastrofale sau severe	2.7345	12.91	3	41	2.0
443	11	C	L1031	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofale	3.6229	10.64	2	41	1.0
444	11	C	L1032	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC severe sau moderate	1.8461	8.75	2	31	1.0

445	11	C	L1033	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne fara CC	1.2790	8.24	2	30	1.0
446	11	C	L1041	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	2.2241	9.83	4	22	1.0
447	11	C	L1042	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0.8821	8.32	3	21	1.0
448	11	C	L1051	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofale sau severe	1.9847	9.46	2	32	1.0
449	11	C	L1052	Proceduri minore ale vezicii urinare fara CC catastrofale sau severe	0.6364	7.07	2	23	1.0
450	11	C	L1061	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei cu CC catastrofale sau severe	1.2790	7.16	2	20	1.0
451	11	C	L1062	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei fara CC catastrofale sau severe	0.5230	5.78	2	16	1.0
452	11	C	L1071	Proceduri ale uretrei cu CC	0.8569	6.21	2	17	0.0
453	11	C	L1072	Proceduri ale uretrei fara CC	0.5419	6.06	2	19	1.0
454	11	C	L1081	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC catasatrofal	4.9460	7.85	1	40	3.0
455	11	C	L1082	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC severe	2.1233	5.67	1	22	1.0
456	11	C	L1083	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	1.0459	4.63	1	16	1.0
457	11	A	L2010	Ureteroscopie	0.6238	5.48	2	16	0.5
458	11	A	L2020	Cistouretroscopie, de zi	0.2016	-	-	-	-
459	11	A	L2030	Litotripsie extracorporeala pentru litiaza urinara	0.3969	4.07	1	12	1.0
460	11	M	L3011	Insuficienta renala cu CC catastrofale	2.2556	9.54	2	38	3.0
461	11	M	L3012	Insuficienta renala cu CC severe	1.2160	7.24	2	24	2.0
462	11	M	L3013	Insuficienta renala fara CC catastrofale sau severe	0.6364	5.75	2	18	2.0
463	11	M	L3020	Internare pentru dializa renala	0.0945	-	-	-	-
464	11	M	L3031	Tumori ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	1.2601	5.96	1	23	2.0
465	11	M	L3032	Tumori ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0.6112	4.50	1	14	1.0
466	11	M	L3041	Infectii ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	1.6445	8.06	3	22	4.0
467	11	M	L3042	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta >69 sau cu CC severe	0.7435	6.47	2	17	2.0
468	11	M	L3043	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	0.4284	5.37	2	14	2.0
469	11	M	L3050	Pietre si obstructie urinara	0.3276	4.54	2	13	1.0
470	11	M	L3061	Semne si simtome ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	0.9262	4.99	2	14	2.0
471	11	M	L3062	Semne si simtome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0.3339	4.45	1	13	1.0
472	11	M	L3070	Strictura uretrala	0.3528	4.90	1	15	1.0
473	11	M	L3081	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	2.0603	6.71	2	21	3.0
474	11	M	L3082	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC severe	0.8947	5.94	2	19	2.0
475	11	M	L3083	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0.3087	4.88	1	15	1.0

476	12	C	M1010	Proceduri majore pelvine la barbat	2.7723	16.01	7	34	2.0
477	12	C	M1021	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	1.6823	9.48	4	20	1.0
478	12	C	M1022	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0.8695	8.24	3	18	1.0
479	12	C	M1031	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1.0963	4.31	1	12	1.0
480	12	C	M1032	Proceduri la nivelul penisului fara CC	0.5734	3.81	1	11	0.0
481	12	C	M1041	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1.0711	6.08	2	17	1.0
482	12	C	M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fara CC	0.4410	4.53	2	12	1.0
483	12	C	M1050	Circumcizie	0.3213	3.20	1	8	1.0
484	12	C	M1061	Alte proceduri chirugicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea maligna	1.9217	4.87	1	18	1.0
485	12	C	M1062	Alte proceduri chirugicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptand cele pentru starea maligna	0.6049	7.07	2	21	1.0
486	12	A	M2010	Cistouretroscopie fara CC, de zi	0.1890	-	-	-	-
487	12	M	M3011	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofale sau severe	1.0081	5.55	1	20	1.0
488	12	M	M3012	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin fara CC catastrofale sau severe	0.3465	4.20	1	14	1.0
489	12	M	M3021	Hipertrofie prostatica benigna cu CC catastrofale sau severe	1.0837	5.18	2	15	1.0
490	12	M	M3022	Hipertrofie prostatica benigna fara CC catastrofale sau severe	0.2835	4.41	1	13	1.0
491	12	M	M3031	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0.7687	5.32	2	15	0.5
492	12	M	M3032	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin fara CC	0.3402	4.51	1	13	0.0
493	12	M	M3040	Sterilizare, barbati	0.2646	-	-	-	-
494	12	M	M3050	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0.2520	3.98	1	12	1.0
495	13	C	N1010	Eviscerare a pelvisului si vulvectomie radicala	3.3456	11.58	4	26	2.0
496	13	C	N1021	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor cu CC	3.0243	9.92	4	24	1.0
497	13	C	N1022	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor fara CC	1.6949	7.24	2	21	1.0
498	13	C	N1031	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor cu CC	2.5833	8.05	2	27	1.0
499	13	C	N1032	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor fara CC	1.5878	6.74	2	23	1.0
500	13	C	N1040	Histerectomie pentru stare nemaligna	1.1719	8.86	4	19	1.0
501	13	C	N1051	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofale sau severe	1.9784	8.35	3	22	1.0
502	13	C	N1052	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fara CC catastrofale sau severe	0.9955	7.45	3	19	1.0
503	13	C	N1060	Proceduri de reconstructie ale sistemului reproductiv feminin	0.9514	7.37	3	18	1.0
504	13	C	N1070	Alte proceduri la nivel uterin si anexe pentru stare nemaligna	0.5104	3.72	1	10	1.0
505	13	C	N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul	0.4536	4.22	2	11	1.0

				reproductiv feminin					
506	13	C	N1090	Conizatie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin si vulvei	0.3087	3.95	1	12	1.0
507	13	C	N1100	Curetaj diagnostic si histeroscopie diagnostica	0.2898	2.81	1	7	0.0
508	13	C	N1111	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta >64 cu stare maligna sau cu CC	2.8668	4.07	1	11	1.0
509	13	C	N1112	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta <65 fara neoplasm fara CC	0.3717	3.21	1	8	1.0
510	13	A	N2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru afectiuni ale sistemul reproductiv feminin	0.1890	-	-	-	-
511	13	M	N3011	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofale sau severe	1.0963	6.69	1	26	2.0
512	13	M	N3012	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin fara CC catastrofale sau severe	0.5797	5.16	1	18	1.0
513	13	M	N3020	Infectii, sistem reproductiv feminin	0.3969	4.06	2	11	1.0
514	13	M	N3031	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin cu CC	0.4347	4.08	2	10	1.0
515	13	M	N3032	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin fara CC	0.1827	3.34	1	9	1.0
516	14	C	O1011	Nastere prin cezariana cu CC catastrofale	2.3123	6.93	2	17	1.0
517	14	C	O1012	Nastere prin cezariana cu CC severe	1.5752	7.00	3	17	1.0
518	14	C	O1013	Nastere prin cezariana fara CC catastrofale sau severe	1.2223	5.64	2	13	1.0
519	14	C	O1021	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1.2412	5.31	2	12	1.0
520	14	C	O1022	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0.9388	5.10	2	11	1.0
521	14	C	O1030	Sarcina ectopica	0.8128	6.01	2	15	1.0
522	14	C	O1040	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0.5860	3.07	1	8	1.0
523	14	C	O1050	Avort cu proceduri in sala de operatii	0.2835	2.54	1	6	1.0
524	14	A	O2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru sarcina, nastere sau lauzie	0.1890	-	-	-	-
525	14	M	O3011	Nastere vaginala cu CC catastrofale sau severe	1.0270	5.66	2	14	1.0
526	14	M	O3012	Nastere vaginala fara CC catastrofale sau severe	0.7309	4.77	2	10	1.0
527	14	M	O3013	Nastere vaginala singulara fara complicatii fara alte afectiuni	0.6238	4.72	2	10	1.0
528	14	M	O3020	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0.3402	5.53	1	17	1.0
529	14	M	O3030	Avort fara proceduri in sala de operatii	0.2394	2.94	1	8	1.0
530	14	M	O3041	Travaliu fals inainte de 37saptamani sau cu CC catastrofale	0.3276	3.79	1	11	1.0
531	14	M	O3042	Travaliu fals dupa 37 saptamani fara CC catastrofale	0.1449	3.64	1	10	0.0
532	14	M	O3051	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice	0.3654	4.08	2	11	1.0
533	14	M	O3052	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice, de zi	0.0945	0.00	1	1	0.0
534	15	C	P1010	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare,, cu proceduri semnificative in sala de operatii	0.7561	2.33	1	6	2.0

535	15	C	P1020	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru nou-nascuti	15.7327	-	-	-	-
536	15	C	P1030	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	12.4375	22.02	2	124	16.0
537	15	C	P1040	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	9.9109	14.71	1	81	7.5
538	15	C	P1050	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	6.4140	11.31	2	42	12.5
539	15	C	P1061	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	10.1629	22.54	3	85	13.0
540	15	C	P1062	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme multiple majore	3.2700	4.95	2	10	2.0
541	15	M	P3011	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu diagnostic neonatal	0.2709	1.48	1	4	1.0
542	15	M	P3012	Nou- nascut sau sugar subponderal, externat ca deces sau transfer, la interval <5zile de la internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara diagnostic neonatal	0.4536	1.31	1	3	1.0
543	15	M	P3020	Nou- nascut, greutate la internare < 750 g	22.6886	16.02	1	79	7.5
544	15	M	P3030	Nou- nascut, greutate la internare 750-999 g	15.7579	22.62	2	118	12.5
545	15	M	P3040	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1249 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	6.0801	19.02	1	107	13.0
546	15	M	P3050	Nou- nascut, greutate la internare 1250-1499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	4.5113	21.54	2	126	8.5
547	15	M	P3061	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	4.6751	21.58	3	87	13.5
548	15	M	P3062	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	3.1944	15.57	2	67	8.0
549	15	M	P3063	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	2.3312	15.47	2	68	6.0
550	15	M	P3064	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	2.1296	12.78	2	60	2.5
551	15	M	P3071	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2.5581	13.01	2	50	7.0
552	15	M	P3072	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	2.0918	9.08	2	28	4.5
553	15	M	P3073	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	1.4176	7.51	2	22	3.0
554	15	M	P3074	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0.6301	6.84	2	19	1.0
555	15	M	P3081	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2.2934	8.76	2	26	7.0

556	15	M	P3082	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	1.3042	5.57	2	12	3.0
557	15	M	P3083	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	0.7309	4.59	2	9	2.0
558	15	M	P3084	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0.3150	4.14	2	7	1.0
559	16	C	Q1010	Splenectomie	2.3753	11.97	4	32	2.0
560	16	C	Q1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice cu CC catastrofale sau severe	3.3582	5.17	1	16	1.0
561	16	C	Q1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice fara CC catastrofale sau severe	0.6175	4.89	1	15	1.0
562	16	M	Q3011	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate cu CC catastrofale sau severe	1.5563	5.29	2	15	2.0
563	16	M	Q3012	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe cu stare maligna	0.7120	9.20	1	23	1.0
564	16	M	Q3013	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe fara stare maligna	0.2331	5.04	2	15	1.0
565	16	M	Q3021	Tulburari ale globulelor rosii cu CC catastrofale	1.3168	7.01	2	23	2.0
566	16	M	Q3022	Tulburari ale globulelor rosii cu CC severe	0.6490	6.10	2	19	2.0
567	16	M	Q3023	Tulburari ale globulelor rosii fara CC catastrofale sau severe	0.2268	5.15	1	16	3.0
568	16	M	Q3030	Anomalii de coagulare	0.3969	5.78	1	21	2.0
569	17	C	R1011	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	6.3195	11.06	2	48	1.0
570	17	C	R1012	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	2.0162	7.64	1	32	1.0
571	17	C	R1021	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	3.3960	10.12	2	45	1.0
572	17	C	R1022	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	1.8398	5.84	1	28	1.0
573	17	C	R1031	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4.8767	12.28	2	59	1.0
574	17	C	R1032	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0.9892	6.18	1	25	0.0
575	17	C	R1041	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1.5248	5.90	1	21	0.0
576	17	C	R1042	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0.7120	4.53	1	15	0.0
577	17	M	R3011	Leucemie acuta cu CC catastrofale	5.3870	15.38	2	78	1.0
578	17	M	R3012	Leucemie acuta cu CC severe	1.0648	7.57	1	34	1.0
579	17	M	R3013	Leucemie acuta fara CC catastrofale sau severe	0.6112	4.68	1	17	1.0
580	17	M	R3021	Limfom si leucemie non-acuta cu CC catastrofale	3.0936	6.80	1	28	1.0
581	17	M	R3022	Limfom si leucemie non-acuta fara CC catastrofale	1.0207	4.59	1	16	3.0
582	17	M	R3023	Limfom si leucemie non-acuta, de zi	0.1323	0.00	1	1	0.0
583	17	M	R3031	Alte tulburari neoplazice cu CC	1.1656	6.19	1	21	1.0

584	17	M	R3032	Alte tulburari neoplazice fara CC	0.4914	4.37	1	15	1.0
585	17	M	R3040	Chimioterapie	0.1512	-	-	-	-
586	17	M	R3050	Radioterapie	0.4095	-	-	-	-
587	18	M	S3010	HIV, de zi	0.1890	-	-	-	-
588	18	M	S3021	Boli conexe HIV cu CC catastrofale	5.4627	8.59	1	34	3.0
589	18	M	S3022	Boli conexe HIV cu CC severe	2.4320	6.25	2	19	3.0
590	18	M	S3023	Boli conexe HIV fara CC catastrofale sau severe	1.5941	4.44	1	13	2.0
591	18	C	T1011	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC catastrofale	5.6769	10.38	2	42	2.0
592	18	C	T1012	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC severe sau moderate	2.4888	6.28	2	19	1.0
593	18	C	T1013	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazaitare fara CC	1.3231	6.84	2	23	1.0
594	18	M	T3011	Septicemie cu CC catastrofale sau severe	1.7327	8.30	2	27	3.0
595	18	M	T3012	Septicemie fara CC catastrofale sau severe	0.8254	6.38	2	19	2.0
596	18	M	T3021	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.9514	8.52	2	29	1.0
597	18	M	T3022	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0.5545	6.22	2	17	1.0
598	18	M	T3031	Febra de origine necunoscuta cu CC	0.8443	5.41	2	14	2.0
599	18	M	T3032	Febra de origine necunoscuta fara CC	0.3969	4.47	1	13	1.0
600	18	M	T3041	Boala virala varsta >59 sau cu CC	0.5734	5.87	2	16	4.5
601	18	M	T3042	Boala virala varsta <60 fara CC	0.3087	4.85	2	14	2.5
602	18	M	T3051	Alte boli infectioase sau parazitare cu CC catastrofale sau severe	1.8146	5.94	2	16	2.0
603	18	M	T3052	Alte boli infectioase sau parazitare fara CC catastrofale sau severe	0.5608	5.44	2	15	1.0
604	19	A	U2010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, cu terapie electroconvulsiva (ECT)	0.1197	-	-	-	-
605	19	M	U3010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, fara terapie electroconvulsiva (ECT)	0.1134	0.00	1	1	0.0
606	19	M	U3021	Tulburari schizofrenice cu statut legal al sanatatii mentale	2.3942	-	-	-	-
607	19	M	U3022	Tulburari schizofrenice fara statut legal al sanatatii mentale	1.3168	16.40	3	59	1.5
608	19	M	U3031	Paranoia si tulburare psihica acuta cu CC catastrofale/sever sau cu statut legal al sanatatii mentale	1.9280	12.73	3	43	1.0
609	19	M	U3032	Paranoia si tulburare psihica acuta fara CC catastrofale/sever fara statut legal al sanatatii mentale	0.9325	13.38	3	47	2.0
610	19	M	U3041	Tulburari afective majore varsta >69 sau cu (CC catastrofale sau severe)	2.2367	12.64	4	37	2.0
611	19	M	U3042	Tulburari afective majore varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	1.4996	12.62	4	36	1.0
612	19	M	U3050	Alte tulburari afective si somatoforme	0.8695	10.99	3	36	1.0
613	19	M	U3060	Tulburari de anxietate	0.6553	8.61	2	32	1.0
614	19	M	U3070	Supralimentatie si tulburari obsesiv-compulsive	3.3204	5.41	2	16	1.0
615	19	M	U3080	Tulburari de personalitate si reactii acute	0.8002	9.76	2	40	1.0

616	19	M	U3090	Tulburari mentale in copilarie	1.6634	5.60	2	17	1.0
617	20	M	V3011	Intoxicatie cu alcool si sevraj cu CC	0.5545	10.12	2	42	1.0
618	20	M	V3012	Intoxicatie cu alcool si sevraj fara CC	0.2457	8.48	1	36	1.0
619	20	M	V3020	Intoxicatii medicamentoase si sevraj	0.7309	11.60	2	54	1.0
620	20	M	V3031	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool	0.6805	10.14	2	42	2.0
621	20	M	V3032	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool, de zi	0.0882	-	-	-	-
622	20	M	V3041	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee	0.3843	7.74	1	33	1.5
623	20	M	V3042	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee, pacient plecat impotriva avizului medical	0.3591	-	-	-	-
624	20	M	V3050	Alte tulburari si dependente datorita consumului de droguri	0.3843	8.91	1	43	1.0
625	21	C	W1010	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traummatisme multiple semnificative	15.2538	26.32	5	89	11.0
626	21	C	W1020	Proceduri la sold, femur si membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5.9478	17.73	5	51	4.0
627	21	C	W1030	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4.5617	13.36	4	35	4.0
628	21	C	W1040	Alte proceduri in sala de operatii pentru traumatisme multiple semnificative	5.0405	15.54	3	57	4.0
629	21	M	W3010	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la alta unitate de ingrijiri acute, LOS<5 zile	0.9766	1.39	1	4	1.0
630	21	M	W3020	Traumatisme multiple fara proceduri semnificative	2.0036	7.42	1	28	3.0
631	21	C	X1010	Transfer de tesut microvascular sau grefa de piele pentru leziuni ale mainii	0.8380	5.30	1	18	0.0
632	21	C	X1021	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta >59 sau cu CC	1.8272	9.21	1	35	1.0
633	21	C	X1022	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta <60 fara CC	0.7624	6.45	1	21	1.0
634	21	C	X1030	Alte proceduri pentru leziuni ale mainii	0.5545	4.11	1	13	1.0
635	21	C	X1041	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofale sau severe	2.1611	5.45	1	20	1.0
636	21	C	X1042	Alte proceduri pentru alte leziuni fara CC catastrofale sau severe	0.6553	3.80	1	13	1.0
637	21	C	X1051	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular sau cu (CC catastrofale sau severe)	3.5158	15.28	2	65	1.0
638	21	C	X1052	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular fara CC catastrofale sau severe	1.5437	13.68	2	62	0.0
639	21	M	X3011	Leziuni varsta >64 cu CC	0.8506	6.38	2	20	1.0
640	21	M	X3012	Leziuni varsta >64 fara CC	0.2772	5.54	2	18	1.0
641	21	M	X3013	Leziuni varsta <65	0.2268	4.23	1	13	1.0
642	21	M	X3020	Reactii alergice	0.2457	3.40	1	9	1.0
643	21	M	X3031	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta >59 sau cu CC	0.5860	3.60	1	11	1.0
644	21	M	X3032	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta <60 fara CC	0.2457	2.28	1	6	1.0
645	21	M	X3041	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofale sau	0.9577	5.69	2	16	2.0

				severe					
646	21	M	X3042	Sechele ale tratamentului fara CC catastrofale sau severe	0.3906	6.66	1	24	1.0
647	21	M	X3051	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta >59 sau cu CC	0.6490	7.01	1	27	2.0
648	21	M	X3052	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta <60 fara CC	0.2268	5.51	1	20	1.0
649	22	C	Y1010	Arsuri grave, cu adancime completa	28.8695	20.71	2	111	6.0
650	22	C	Y1021	Alte arsuri cu grefa de piele varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	5.9163	25.37	5	82	2.0
651	22	C	Y1022	Alte arsuri cu grefa de piele varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	1.9469	19.78	3	81	1.0
652	22	C	Y1030	Alte proceduri in sala de operatii pentru alte arsuri	1.1971	10.07	2	40	2.0
653	22	M	Y2011	Alte arsuri varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	1.5311	9.38	2	32	1.0
654	22	M	Y2012	Alte arsuri varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	0.4347	6.11	1	21	1.0
655	22	M	Y3010	Arsuri, pacienti trasferati catre alte unitati de ingrijiri acute < 5 zile	0.2520	-	-	-	-
656	22	M	Y3020	Arsuri grave	0.9325	10.92	2	48	3.0
657	23	C	Z1011	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate cu CC catastrofale/sever	1.0585	4.58	1	17	1.0
658	23	C	Z1012	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate fara CC catastrofale/sever	0.4536	3.34	1	11	1.0
659	23	A	Z2010	Monitorizare dupa tratament complet cu endoscopie	0.1701	4.18	1	13	1.0
660	23	M	Z3011	Reabilitare cu CC catastrofale sau severe	2.1989	11.10	4	27	2.5
661	23	M	Z3012	Reabilitarere fara CC catastrofale sau severe	1.1341	8.67	2	27	2.0
662	23	M	Z3013	Reabilitare, de zi	0.1575	-	-	-	-
663	23	M	Z3020	Semne si simptome	0.4410	5.37	2	17	2.0
664	23	M	Z3030	Monitorizare fara endoscopie	0.1890	4.63	1	15	4.0
665	23	M	Z3041	Alte post ingrijiri cu CC catastrofale sau severe	1.5122	3.27	1	10	4.0
666	23	M	Z3042	Alte post ingrijiri fara CC catastrofale sau severe	0.4914	3.87	1	12	0.0
667	23	M	Z3051	Alti factori care influenteaza starea de sanatate	0.5923	4.41	1	16	2.0
668	23	M	Z3052	Alti factori care influenteaza starea de sanatate, de zi	0.1323	-	-	-	-
669	23	M	Z3060	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0.4410	4.62	1	14	4.5

NOTA:1. "-" semnifica un numar insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului, sau, după caz, grupa de spitalizare de zi, pentru care nu se aplică limite ale duratelor de spitalizare
2. DMS si limitele duratei de spitalizare pentru fiecare grupa de diagnostice au fost calculate pe baza datelor raportate de spitale in perioada 01.01-30.09.2011.

3. Mediana duratei de spitalizare in sectiile ATI la nivel national, a fost calculata luand in considerare toate cazurile raportate si validate in perioada 01.01-30.09.2011 pentru o anumita grupa de diagnostice, pentru care s-a inregistrat minim un transfer intraspitalicesc in sectia Anestezie si terapie Intensiva – ATI.
4. M - categorie Medicala, C - categorie chirurgicala, A - Alte categorii

Definirea termenilor utilizaţi în sistemul DRG

Grupe de Diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG): o schemă de clasificare a pacienţilor externaţi (în funcţie de diagnostic), care asigură o modalitate de a asocia tipurile de pacienţi cu cheltuielile spitaliceşti efectuate

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

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

Coeficient atribuit în funcţie de cantitatea relativă de muncă, consumabile şi resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afecţiunea/afecţiunile respective.

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

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat)

Durata de spitalizare (DS): numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării şi cel al externării din spital

Cazuri normale (CN): cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durata de spitalizare asemănătoare din punct de vedere statistic

Cazuri extreme (ca durată de spitalizare) - "outliers": cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durate de spitalizare foarte diferite faţă de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mici (ca durată de spitalizare) CEMC - "low outliers": cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durate de spitalizare foarte mici faţă de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mari (ca durată de spitalizare) CEMR - "high outliers": cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durate de spitalizare foarte mari faţă de cea a cazurilor normale

Interval de normalitate: un interval definit statistic care conţine un procent semnificativ de observaţii (de exemplu 95% din observaţii)

Intervalul de normalitate pentru durata de spitalizare: intervalul definit statistic care conţine un procent semnificativ (de exemplu 90%) de cazuri cu durate de spitalizare asemănătoare ale cazurilor externate

Limitele intervalului de normalitate pentru durata de spitalizare: valorile extreme (ale duratei de spitalizare) ce delimitează intervalul de normalitate, adică limita inferioară şi limita superioară a duratei de spitalizare

Limitele intervalului de normalitate se calculează pentru durata de spitalizare a fiecărei grupe de diagnostice, astfel încât se obţine o limită inferioară (LINF) şi o limită superioară (LSUP)

pentru fiecare grupă de diagnostice (DRGi). Aceste valori ale limitelor sunt prezentate în anexa 17 a).

Indice de echivalenţă - e: o pondere asociată fiecărui caz rezolvat, în funcţie de durata de spitalizare a cazului şi limitele de normalitate ale duratei de spitalizare pentru respectivul tip de caz (DRG).

e = 1 pentru LINF <= DS <= LSUP

e = DS/LINF pentru DS < LINF

e = DS/LSUP pentru DS > LSUP, e maxim = 3

Exemplu pentru un pacient externat, clasificat în DRGi, cu DS de 2 zile:

LINF pentru DRGi este 3 zile

LSUP pentru DRGi este 18 zile

Se observă că acest caz este un caz extrem mic (DS < LINF), deci e = DS/LINF = 2/3

Cazuri echivalente (CE): cazurile externate într-o anumită perioadă, ajustate pe baza indicelui de echivalenţă

CE = Σ(CRi x ei)

Coeficientul K al cazurilor extreme (K) - un indicator ce reflectă impactul financiar al cazurilor extreme la nivelul unui spital

K = Σ (CEi x VRi) / Σ (CRi x VRi)

Cazuri ponderate (CP): pacienţi "virtuali" generaţi prin ajustarea cazurilor externate, în funcţie de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate şi pentru cazurile echivalente

Nr. CP = Σ (VRDRGi x CRDRGi)

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienţi trataţi într-un spital, în funcţie de diagnostic şi gravitate

Indicele de case mix (Indicele de complexitate a cazurilor): Număr (fără unitate) care exprimă resursele necesare spitalului în concordanţă cu pacienţii trataţi

ICM pentru spitalul A = Total nr. cazuri ponderate (CP) / Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A

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

- pentru un spital:

CCPs = bugetul aferent cazurilor acute / nr. total cazuri ponderate

- la nivel naţional:

CCPN = bugetele aferente cazurilor acute la nivel naţional / nr. total cazuri ponderate

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

Tariful pe caz rezolvat (TCR) - valoarea de rambursare a unui caz rezolvat la nivel de spital

TCR = TCP x ICM

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, naţional.

TCDRGi = TCP x VRDRGi

Abrevieri:

CMD = Categorii majore de diagnostice

DRG = Grupe de diagnostice

VR = Valoare Relativă

DS = Durată de spitalizare

CR = Cazuri rezolvate (externate)

CN = Cazuri normale

CEMC = Cazuri extreme mici

CEMR = Cazuri extreme mari

LINF = Limita inferioară a intervalului de normalitate

LSUP = Limita superioară a intervalului de normalitate

e = Indicele de echivalenţă

CE = Cazuri echivalente

K = Coeficientul cazurilor extreme

CP = Cazuri ponderate

ICM = Indice de case mix (indice de complexitate a cazurilor)

CCP = Costul pe caz ponderat

RB = Rata de bază

TCP = Tariful pe caz ponderat

TC = Tariful pe tip de caz

ANEXA 17 C

TARIFELE MAXIMALE PE ZI DE SPITALIZARE, PE SECŢIE/COMPARTIMENT PENTRU SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE PRECUM ŞI PENTRU SECŢIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE CRONICI/RECUPERARE ŞI NEONATOLOGIE –PREMATURI DIN ALTE SPITALE INCLUSIV PENTRU SECŢIILE/COMPARTIMENTELE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Nr. crt.	Denumire secţie/compartiment	Codul secţiei/compartimentului*	Tarif maximal pe zi de spitalizare 2012 (lei)
1	Recuperare, medicina fizica si balneologie	1371	211,50
2	Recuperare, medicina fizica si balneologie copii	1372	113,54
3	Cronici	1061	207,50
4	Distrofici - Pediatrie(Recuperare pediatrica)	1272	148,00
5	Pneumoftiziologie	1301	209,50
6	Pneumoftiziologie copii	1302	270,00
7	Pediatrie cronici	1282	290,96
8	Neonatologie(prematuri) aferente unei maternităţi de gradul II	1222.1	500
9	Neonatologie(prematuri) aferente unei maternităţi de gradul III	1222.2	1.000
10.	Psihiatrie cronici	1333	117,50
11	Psihiatrie cronici(lunga durata)	1333	101,84
12	Recuperare medicala - cardiovasculara	1383	212,50
13	Recuperare medicala - ortopedie şi traumatologie	1403	281,00
14	Recuperare medicala - respiratorie	1413	268,50
15	Pediatrie (Recuperare pediatrica)	1272	208,33
16	Recuperare neuropsihomotorie	1423	216,50
17	Recuperare medicală - neurologie	1393	227,84
18	Recuperare medicală		220,95
19	Geriatrie, gerontologie	1121	179,00
20	Îngrijiri paliative		246,57

*) conform Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secţii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităţilor sanitare din România, cu completările ulterioare

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2012 trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiţii:
- nu poate fi mai mare decât tariful maximal pe zi de spitalizare 2012
- nu poate mai mare decât tariful contractat în anul 2011 + 15%

NOTA 2 : Pentru spitalele care nu au fost în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2011, tariful maximal pe zi de spitalizare pentru 2012 este diminuat cu 20%.

NOTA 3 : Pentru secţiile/compartimentele de neonatologie prematuri pentru cazurile cu greutate la naştere corespunzătoare gradului I de prematuritate (conform definiţiei OMS) casele decontează la tariful contractat pentru anul 2012 , diminuat cu 20%

TARIFUL MEDIU PE CAZ - MAXIMAL PENTRU SPITALELE DE ACUŢI NON DRG, RESPECTIV PENTRU SECŢIILE/COMPARTIMENTELE DE ACUŢI DIN SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE

Nr. crt.	Grupa	Secţia/compartimentul (acuţi)	Codul secţiei/ Compartimentului *	Tarif mediu pe caz rezolvat - maximal 2012 - lei -
1.	Medicale	Boli infectioase	1011	1.180,54
	Medicale	Boli infectioase copii	1012	980,79
	Medicale	Boli parazitare	1033	1.809,74
	Medicale	Cardiologie	1051	1.053,92
	Medicale	Cardiologie copii	1052	948,23
	Medicale	Dermatovenerologie	1071	1.119,20
	Medicale	Dermatovenerologie copii	1072	819,60
	Medicale	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	1081	1.078,30
	Medicale	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice copii	1082	1.110,94
	Medicale	Endocrinologie	1101	947,44
	Medicale	Endocrinologie copii	1102	1.020,83
	Medicale	Gastroenterologie	1111	1.162,06
	Medicale	Hematologie	1131	1.537,30
	Medicale	Hematologie copii	1132	995,35
	Medicale	Imunologie clinica si alergologie	1151	1.166,33
	Medicale	Imunologie clinica si alergologie copii	1152	870,33
	Medicale	Medicina interna	1171	958,22
	Medicale	Nefrologie	1191	1.173,29
	Medicale	Nefrologie copii	1192	878,24
	Medicale	Neonatologie (nn si prematuri)	1202	928,43
	Medicale	Neonatologie (nou nascuti)	1212	856,40
	Medicale	Neurologie	1231	1.319,02
	Medicale	Neurologie pediatrica	1232	1.067,29
	Medicale	Oncologie medicala	1241	1.044,47
	Medicale	Oncopediatrie	1242	1.281,00
	Medicale	Pediatrie	1252	913,73
	Medicale	Pneumologie	1291	1.051,37
	Medicale	Pneumologie copii	1292	801,68
	Medicale	Psihiatrie acuti	1311	1.404,69
	Medicale	Psihiatrie pediatrica	1312	1.358,47
	Medicale	Psihiatrie (Nevroze)	1321	1.422,66
	Medicale	Psihiatrie (acuti si cronici)	1343	1.494,72
	Medicale	Reumatologie	1433	1.003,53

	Chirurgicale	Arsi	2013	3.252,54
	Chirurgicale	Chirurgie cardiovasculara	2033	4.388,38
	Chirurgicale	Chirurgie cardiaca si a vaselor mari	2043	3.406,56
	Chirurgicale	Chirurgie generala	2051	1.328,90
	Chirurgicale	Chirurgie si ortopedie pediatrica	2092	1.016,84
	Chirurgicale	Chirurgie pediatrica	2102	1.279,64
	Chirurgicale	Chirurgie plastica si reparatorie	2113	1.433,34
	Chirurgicale	Chirurgie toracica	2123	1.684,22
	Chirurgicale	Chirurgie vasculara	2133	2.400,42
	Chirurgicale	Ginecologie	2141	775,45
	Chirurgicale	Neurochirurgie	2173	2.133,53
	Chirurgicale	Obstetrica	2181	990,61
	Chirurgicale	Obstetrica-ginecologie	2191	850,26
	Chirurgicale	Oftalmologie	2201	711,69
	Chirurgicale	Oftalmologie copii	2202	772,37
	Chirurgicale	Ortopedie si traumatologie	2211	1,348,12
	Chirurgicale	Ortopedie pediatrica	2212	1.003,41
	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL)	2221	1.209,94
	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL) copii	2222	1.289,06
	Chirurgicale	Urologie	2301	1.096,45
	Stomatologie	Chirurgie maxilo-faciala	6013	1.061,51

*) conform Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secţii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităţilor sanitare din România, cu completările ulterioare

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2012 trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiţii:

- nu poate fi mai mare decât tariful mediu pe caz maximal pe 2012
- nu poate mai mare decât tariful contractat în anul 2011 + 15%

NOTA 2 : Pentru spitalele care nu au fost în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2011, tariful mediu pe caz maximal pentru 2012 este diminuat cu 20%.

ANEXA 18
- model -

A. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

```
UNITATEA SANITARĂ ....................  Tel.:
DEPARTAMENTUL ........................  Fax:

                              _________________
Şef departament              | URGENŢĂ: DA/NU |
......................... |_________________|
```

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

```
Organ ţintă/segment anatomic de examinat ....................................
1. Pacient: Nume ............. Prenume ............ telefon .............
2. Cod numeric personal .....................................................
3. Greutate ................ Kg
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU | Programare examen RMN
Alte case ...................... | Data: ...................................
                                 | Ora: ....................................
5. Internat DA/NU -              |
Secţia ..... nr. FO ............ | Substanţă contrast: DA*) ............./NU
6. S-au epuizat celelalte metode | *) Se va aplica semnătura şi parafa
de diagnostic:                   | medicului de specialitate radiologie şi
                                 | imagistică medicală
                                 | Precizări: ..............................
DA/NU                            | ........................................
7. Dg. trimitere ............... | Observaţii speciale legate de pacient:
................................ | 1. Asistat cardiorespirator ...... DA/NU
................................ | 2. Cooperare previzibilă Normală/Dificilă
8. Date clinice şi paraclinice   | 3. Antecedente alergice .......... DA/NU
care să justifice explorarea     | 4. Astm bronşic .................. 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
Dacă DA Data ...... Unde ....... | 13. Materiale stomatologice
Trimis de (spital, clinică)      | 14. Alte proteze
................................ | 15. Meserii legate de prelucrarea
Medic solicitant .... Data: .... | metalelor (schije, obiecte metalice)
Semnătura şi parafa medicului    | 16. Corpi străini intraocular
solicitant                       | 17. Schije, gloanţe, obiecte metalice
                                 |
                                 | Semnătura pacientului
Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii**):
(semnătura şi parafa)
```

În caz de urgenţă, 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 asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

B. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT

```
UNITATEA SANITARĂ ....................  Tel.:
DEPARTAMENTUL ........................  Fax:

                                  _________________
Şef departament                  | URGENŢĂ: DA/NU |
........................... |_________________|
```

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT

```
Organ ţintă/segment anatomic de examinat ....................................
1. Pacient: Nume ............. Prenume ............ telefon .............
2. Cod numeric personal .....................................................
3. Greutate ................... Kg | Programare examen CT
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU   |
Alte case ......................... | Data: ................................
                                   | Ora: .................................
5. Internat DA/NU -                |
Secţia ..... nr. FO ............... | Substanţă contrast: DA*) ........../NU
                                   | *) Se va aplica semnătura şi parafa
                                   | medicului de specialitate radiologie şi
                                   | imagistică medicală
6. S-au epuizat celelalte metode   |
de diagnostic: DA/NU               | Precizări: ...........................
7. Dg. trimitere ................. | .....................................
................................... | .....................................
8. Date clinice şi paraclinice care| Diagnostic CT stabilit ................
să justifice explorarea CT:        | .....................................
................................... | .....................................
................................... | .....................................
................................... | .....................................
................................... | .....................................
................................... | .....................................
9. Examen CT anterior: DA/NU       | .....................................
10. Toleranţă la substanţa iodată: | .....................................
DA/NU                              | .....................................
Trimis de (spital, clinică) ...... |
Medic solicitant ...... Data: .... |
Semnătura şi parafa medicului
solicitant
Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)
```

Pentru URGENŢE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în
1 - 2 ore, iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

---

*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

C. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

```
UNITATEA SANITARĂ ....................  Tel.:
DEPARTAMENTUL ........................  Fax:
                                        _________________
Şef departament                        | URGENŢĂ: DA/NU |
........................... |_________________|

                        FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat ......................................
Organ/segment anatomic de examinat ......................................
1. Pacient: Nume .......... Prenume ............... telefon ................
2. Cod numeric personal .................................................
3. Greutate ..................... Kg | Programare examen scintigrafic
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU    |
Alte case ......................... | Data: ...............................
                                    | Ora: ................................
5. Internat DA/NU -                 |
Secţia ..... nr. FO ............... |
6. S-au epuizat celelalte metode de |
diagnostic: DA/NU                   | Precizări*): ........................
7. Dg. trimitere .................. | ....................................
.................................... | ....................................
8. Date clinice şi paraclinice care | Diagnostic scintigrafic stabilit
să justifice explorarea              | ....................................
.................................... | ....................................
.................................... | ....................................
.................................... | ....................................
.................................... | ....................................
.................................... | *) Sarcina reprezintă contraindicaţie
9. Examen scintigrafic anterior:    | de efectuare a examenului scintigrafic
DA/NU                               |
10. Stări alergice*): DA/NU         | Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică) ....... | (acolo unde este necesară confirmarea)
Medic solicitant      Data:         |
Semnătura şi parafa medicului       |
solicitant                          |
Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)
```

Pentru urgenţe, 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 asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

D. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

```
UNITATEA SANITARĂ ....................  Tel.:
DEPARTAMENTUL ........................  Fax:
                                        _________________
Şef departament                        | URGENŢĂ: DA/NU  |
........................... ___________|_________________|
```

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

```
Tip de examen angiografic indicat ........................................
Organ/segment anatomic de examinat .......................................
1. Pacient: Nume .......... Prenume ............... telefon ................
2. Cod numeric personal ..................................................
3. Greutate ..................... Kg | Programare examen angiografic
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU    |
Alte case ......................... | Data: ...............................
                                    | Ora: ................................
5. Internat DA/NU -                 |
Secţia ..... nr. FO ............... |
6. S-au epuizat celelalte metode de |
diagnostic: DA/NU                   | Precizări*): ........................
7. Dg. trimitere .................. | ....................................
.................................... | ....................................
.................................... | Observaţii speciale legate de pacient:
8. Date clinice şi paraclinice care | 1) Pacient diabetic .......... DA/NU
să justifice explorarea              | - în tratament cu sulfamide
.................................... | hipoglicemiante ............... DA/NU
.................................... | (dacă DA se opreşte tratamentul cu 48
.................................... | de ore înaintea investigaţiei)
.................................... | 2) Hepatita .................. DA/NU
.................................... | Diagnostic angiografic stabilit
.................................... | ....................................
                                    | ....................................
                                    | ....................................
                                    | ....................................
                                    | ....................................
9. Examen angiografic anterior:     | ....................................
DA/NU                               |
10. Puls: - arteră femurală dreaptă | *) - Pacientul se va prezenta
.................................... | obligatoriu cu următoarele teste
- arteră femurală stângă            | efectuate: activitatea protrombinică
.................................... | şi timpul de protrombină determinate
                                    | în ziua efectuării investigaţiei,
                                    | creatinină, uree, ECG, tensiune
                                    | arterială, antigen HbS, test HIV
                                    | - Administrarea anticoagulantelor
                                    | cumarinice trebuie oprită cu 72 de ore
10. Stări alergice*): DA/NU         | înaintea investigaţiei; medicaţia
- la substanţa de contrast ........ | antihipertensivă şi antiaritmică NU
- alte alergii .................... | se opreşte;
                                    | Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică) ....... | (acolo unde este necesară confirmarea)
                                    |
Medic solicitant      Data:         |
```

Semnătura şi parafa medicului solicitant |
Aviz şef secţie solicitantă cu asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)

Pentru urgenţe, 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 şi parafa medicului care a efectuat investigaţia

ANEXA 19

DURATA OPTIMĂ DE SPITALIZARE/SECŢII
valabilă pentru toate categoriile de spitale, stabilită de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii

Secţia sau compartimentul	Durata optimă de spitalizare (zile)
1. Anestezie şi terapie intensivă - ATI	5
2. Recuperare, medicină fizică şi balneologie	12
3. Boli infecţioase	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 şi maxilo-facială	5
11. Chirurgie plastică - microchirurgie reconstructivă*)	7
12. Cronici	14
13. Dermato-venerologie	7
14. Diabet zaharat, nutriţie şi 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 şi traumatologie	9,3
35. Pediatrie	7

36. Neonatologie - prematuri***)	16,5
37. Psihiatrie acuţi	17
38. Psihiatrie cronici	50
39. Reumatologie	10
40. Urologie	8,5
41. Geriatrie şi gerontologie	14
42. Alergologie şi imunologie clinică	5
43. Toxicologie	5
43. Toxicologie	5
44. Toxicodependenţă	21
45. Alte specialităţi medicale	5

*) Pentru secţiile de arşi, durata optimă de spitalizare este de 14 zile.

**) Pentru tuberculoza multidrogrezistentă (TB MDR) durata optimă de spitalizare este de 120 de zile.

***) pentru prematurul mic şi foarte mic durata optimă de spitalizare este de 110 zile.

NOTĂ:

1. La spitalele/secţiile de psihiatrie cronici, pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihic încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), duratele medii de spitalizare sunt cele efectiv realizate în anul precedent.

2. Pentru Secţia Recuperare Neurologie Adulţi „Întorsura Buzăului” din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară „Dr. Benedek Geza” judeţul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru Secţiile Recuperare Neuromotorie „Gura Ocniţei” din structura Spitalului judeţean de Urgenţă Târgovişte judeţul Dâmboviţa şi Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie «Dezna», judeţul Arad, durata optimă de spitalizare este de 17 zile."

3. La spitalele/secţiile aferente poziţiei nr. 2 din tabel, durata optimă de spitalizare pentru recuperare pediatrică - distrofici şi patologie posttraumatică sau neurologică de tip infirmitate motorie cerebrală pediatrică este de 60 de zile, iar pentru recuperare medicală, alta decât cea de medicină fizică şi balneologie, este de 21 de zile, cu excepţia cazurilor complexe după intervenţii neurochirurgicale: traumatisme vertebro-medulare, traumatisme cranio-cerebrale, tumori operate şi cazuri complexe neurologice: hemiplegie, boala Parkinson, scleroza multiplă, sechele motorii postencefalopatii, pentru care durata optimă de spitalizare este de 30 de zile.

4. Pentru Secţiile Recuperare Cardiovasculară Adulţi din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară „Dr. Benedek Geza” Covasna, durata optimă de spitalizare este de 16 zile. Pentru secţia de recuperare, medicină fizică şi balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, durata optimă de spitalizare este de 21 de zile.

ANEXA 19 A

I. Contul de execuţie a bugetului instituţiei publice - Cheltuieli la data de .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - anuale
B - trimestriale
C - bugetare
D - legale
E - totale
F - pe luna anterioară

- mii lei -

Denumirea indicatorului	Clasificaţia bugetară	Credite bugetare		Angajamente		Plăţi efectuate, din care:	
		A	B	C	D	E	F
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01						
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10						
Cheltuieli salariale în bani	10,01						
Salarii de bază	10,01,01						
Salarii de merit	10,01,02						
Indemnizaţii 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 vacanţă	10,01,09						
Indemnizaţii plătite unor persoane din afara unităţii	10,01,12						
Indemnizaţii de delegare	10,01,13						
Indemnizaţii de detaşare	10,01,14						
Alocaţii pentru locuinţe	10,01,16						
Alte drepturi salariale în bani	10,01,30						
Contribuţii	10,03						
Contribuţii de asigurări sociale de stat	10,03,01						
Contribuţii de asigurări de şomaj	10,03,02						
Contribuţii de asigurări sociale de sănătate	10,03,03						
Contribuţii de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10,03,04						
Contribuţii pentru concedii şi indemnizaţii	10,03,06						
Contribuţii la Fondul de garantare a creanţelor							

salariale	10,03,07						
TITLUL II BUNURI ŞI SERVICII total,	20						
Bunuri şi servicii	20,01						
Furnituri de birou	20,01,01						
Materiale pentru curăţenie	20,01,02						
Încălzit, iluminat şi forţă motrică	20,01,03						
Apă, canal şi salubritate	20,01,04						
Carburanţi şi lubrifianţi	20,01,05						
Piese de schimb	20,01,06						
Transport	20,01,07						
Poştă, telecomunicaţii, radio, TV, internet	20,01,08						
Materiale şi prestări servicii pentru întreţinere cu caracter funcţional	20,01,09						
Alte bunuri şi servicii pentru întreţinere şi funcţionare	20,01,30						
Reparaţii curente	20,02						
Medicamente şi materiale sanitare	20,04						
Hrană	20,03						
Hrană pentru oameni	20,03,01						
Hrană pentru animale	20,03,02						
Medicamente	20,04,01						
Materiale sanitare	20,04,02						
Reactivi	20,04,03						
Dezinfectanţi	20,04,04						
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20,05						
Alte obiecte de inventar	20,05,30						
Deplasări, detaşări, transferări	20,06						
Deplasări interne, detaşări, transferări	20,06,01						
Deplasări în străinătate	20,06,02						
Materiale de laborator	20,09						
Cărţi, publicaţii şi materiale documentare	20,11						
Consultanţă şi expertiză	20,12						
Pregătire profesională	20,13						
Protecţia muncii	20,14						
Comisioane şi alte costuri aferente împrumuturilor externe	20,24						
Cheltuieli judiciare şi							

extrajudiciare derivate din acţiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispoziţiilor legale	20,25						
Alte cheltuieli	20,3						
Protocol şi reprezentare	20,30,02						
Alte cheltuieli cu bunuri şi servicii	20,30,30						
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂŢI ALE ADMINISTRAŢIEI PUBLICE total,	51						
din care:							
Acţiuni de sănătate	51,01,03						
Programe pentru sănătate	51,01,25						
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanţarea unităţilor de asistenţă medico-sociale	51,01,38						
Aparatură şi echipamente de comunicaţii în urgenţă	51,01,08						
Transferuri pentru reparaţii capitale la spitale	51,02,11						
Transferuri pentru finanţarea investiţiilor spitalelor	51,02,12						

II. Date cu caracter general

1. Număr cazuri externate, realizate în luna anterioară pentru spitalizare continuă	
2. Număr servicii medicale spitaliceşti realizate în regim de spitalizare de zi, pe tipuri de cazuri rezolvate/servicii, în luna anterioară	
3. Număr servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu, realizate în luna anterioară	
4. Tarif/caz rezolvat pentru spitalele finanţate în sistem DRG	
5. Tarif mediu pe caz rezolvat contractat*)	
6. Tarif pe zi de spitalizare contractat*)	
7. Tarif pe serviciu medical/tarif pe caz rezolvat în regim de spitalizare de zi contractat*)	

NOTĂ: *) Tarifele menţionate la pct. 5, 6, 7 sunt valabile pe durata de derulare a contractului de furnizare servicii medicale spitaliceşti

ANEXA 20

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitaliceşti

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

Şi

Unitatea sanitară cu paturi ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ....., telefon: fix/mobil ....., fax ..... e-mail ....., reprezentată prin .....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţă medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

III. Servicii medicale spitaliceşti

ART. 2 (1) Serviciile medicale spitaliceşti se acordă asiguraţilor pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unităţile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unităţile de asistenţă medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, de medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi. Fac excepţie urgenţele medico-chirurgicale, bolile cu potenţial endemo-epidemic care necesită izolare şi tratament, internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal, cele dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi cazurile care au recomandare de internare într-un spital de la medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care beneficiază de internare fără bilet de internare.

(2) Serviciile medicale spitaliceşti sunt preventive, curative, de recuperare şi paliative şi cuprind:

a) consultaţii;

b) investigaţii;

c) stabilirea diagnosticului;

d) tratamente medicale şi/sau chirurgicale;

e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare şi masă.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2012.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, autorizaţi şi evaluaţi, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale spitaliceşti, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale spitaliceşti cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare, depuse până la data prevăzută în contract, cu

încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

g) să ţină evidenţa externărilor pe asigurat, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul;

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitaliceşti; în cazul serviciilor medicale spitaliceşti acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să monitorizeze activitatea desfăşurată de spitale în baza contractului încheiat astfel încât decontarea cazurilor externate şi raportate să se încadreze în sumele contractate, funcţie de realizarea indicatorilor negociaţi, conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale spitaliceşti are următoarele obligaţii:

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

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

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

h. 1) să respecte programul de lucru şi să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

2) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

i) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie la externare medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

l) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

m) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

n) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

o) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

s) să asigure acordarea asistenţei medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii

Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

u) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

v) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigaţiile, tratamentele efectuate şi cu privire la alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital, sunt documente tipizate care se întocmesc în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la furnizor, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;

x) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz; în această situaţie, spitalul are obligaţia să depună la casa de asigurări de sănătate odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, pe fiecare secţie, numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului.

y) să transmită instituţiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

z) să acorde serviciile medicale de urgenţă necesare, în situaţia în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, având obligaţia să evalueze situaţia medicală a pacientului şi să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgenţă; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua

internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligaţia de a anunţa casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienţi, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgenţă; în această situaţie casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

w) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

aa) să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

ab) să afişeze pe pagina web a Ministerului Sănătăţii, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

ac) să verifice biletele de internare în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ad) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgenţe, cu evidenţierea numărului cazurilor internate, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

ae) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi în vederea internării sau în ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

af) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu, prescripţia medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

ag) să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, la externare, conform prevederilor legale în vigoare;

ah) să raporteze distinct casei de asigurări de sănătate, cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi şi au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului;

ai) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor,

dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

aj) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ak) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, declaraţia pe propria răspundere a managerului spitalului că foloseşte protocoalele terapeutice proprii, elaborate şi validate conform prevederilor legale în vigoare;

al) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii în condiţiile legii.

am) să asigure continuitatea asistenţei medicale cu cel puţin o linie de gardă organizată şi aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare, cu excepţia spitalelor de specialitate şi a spitalelor pentru bolnavii cu afecţiuni cronice;

VI. Modalităţi de plată

ART. 7 (1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecţiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.: ..... lei

b) Suma pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii, după caz) din alte spitale, care se stabileşte astfel:

Secţia/ Compartimentul	Nr. cazuri externate	Durată optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată*)	Tarif pe zi de spitalizare/ secţie/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
TOTAL				

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

Tariful pe zi de spitalizare pe secţie/compartiment se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secţiile şi compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcţie de particularităţile aferente, şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile

acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă se stabileşte astfel:

Număr paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat şi este de ..... lei.

Tariful pe zi de spitalizare se stabileşte prin negociere între furnizor şi casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secţia/compartimentul de paliaţie din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcţie de particularităţile aferente, şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

d) Suma pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi (prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătăţii de Ministerul Sănătăţii, după caz) din spitalele de cronici şi de recuperare, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.: ..... lei

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabileşte astfel:

Numărul de servicii medicale, contractate, pe tipuri/cazuri	Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat*)	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
C1	C2	C3 = C1 x C2
TOTAL	X	

*) Tariful pe serviciu medical se negociază şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

Pentru unităţile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate tariful/caz rezolvat se negociază de unităţile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat reprezintă maxim 1/3 din suma

corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu naţional prevăzut în Anexa 17A de 1444 lei şi nu poate fi mai mare de 480 lei.

Suma contractată pentru servicii de spitalizare de zi nu poate depăşi 25% din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, cu respectarea condiţiilor prevăzute în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

Suma contractată pentru cazurile contractate în regim de spitalizare de zi acordate în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalului, în cazul în care acesta nu este spital de urgenţă, şi neinternate prin spitalizare continuă, se stabileşte prin înmulţirea nr. de cazuri şi tariful negociat conform prevederilor de mai sus. Această sumă se evidenţiază distinct în prezentul contract.

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secţie şi pe tip de bolnavi: urgenţă, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, pentru cazurile neinternate.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitaliceşti pe anul 2012 este de ..... lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti contractate stabilită pentru anul 2012 se defalchează lunar şi trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acuţi, spitalizare de zi, spitalizare cronici, servicii paliative, după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

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

din care:

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

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

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

(5) Decontarea serviciilor medicale spitaliceşti contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul

sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată iniţial de către casele de asigurări de sănătate se repartizează trimestrial spitalelor care îndeplinesc criteriile de la art. 6 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, şi în condiţiile prevăzute la acelaşi articol.

(6) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ....., cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... .

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările şi decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform prezentului contract până la data de 30 noiembrie, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(8) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condiţiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi în condiţiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40% din cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(9) Contractarea şi decontarea serviciilor medicale spitaliceşti se face în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

ART. 8 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor sanitare cu paturi prevăzute în prezentul contract, atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(2) Reţinerea sumei conform alin. (1) se face, din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Recuperarea sumei conform alin. (1) se face prin plată directă sau prin executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţile publice locale, în funcţie de subordonare, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 9 Plata serviciilor medicale spitaliceşti se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr. ....., deschis la Banca ..... .

VII. Calitatea serviciilor medicale

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

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 15 În cazul reorganizării unităţii sanitare cu paturi, prin desfiinţarea acesteia şi înfiinţarea concomitentă a unor noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare, se preia de drept de către noile unităţi sanitare înfiinţate, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea şi suspendarea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secţiei/secţiilor, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului.

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 19 şi art. 21 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, nu se aplică unităţilor sanitare cu paturi.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii de medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care contractul se modifică din nou, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 şi a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părţilor.

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 părţi contractante schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinaţia de servicii medicale spitaliceşti, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale, precum şi prevederile art. 7 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitaliceşti 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
Preşedinte - Director general,	Manager,
.....	.....
Director executiv al	
Direcţiei economice,	Director medical,

....
Director executiv al
Direcţiei Relaţii Contractuale
.....

Director financiar-contabil,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

Director de îngrijiri,
.....

Director de cercetare-dezvoltare,
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cerere/solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- actul de înfiinţare sau de organizare a unităţii sanitare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară, după caz, nr. .....,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului,
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare .....,
- contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, nr. .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului,
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. .....,
- copie a ordinului ministrului sănătăţii privind clasificarea spitalului,
- lista afecţiunilor care nu pot fi monitorizate în ambulatoriu şi impun internarea, conform prevederilor art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare,
- lista materialelor sanitare şi a medicamentelor - denumiri comune internaţionale (DCI) şi forma farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării, cu menţionarea DCI-urilor care pot fi recomandate cu aprobarea medicului şef de secţie sau cu aprobarea consiliului medical,
- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii, în vigoare la data încheierii contractului,
- documente necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, conform anexei nr. 16 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010,

- indicatorii specifici stabiliţi prin anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010,

- indicatorii de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manageri interimari,

- declaraţia pe propria răspundere a managerului spitalului că foloseşte protocoalele terapeutice proprii, elaborate şi validate conform prevederilor legale în vigoare,

- documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuităţii asistenţei medicale cu cel puţin o linie de gardă organizată şi aprobată conform prevederilor legale în vigoare, cu excepţia spitalelor de specialitate şi a spitalelor pentru bolnavi cu afecţiuni cronice,

- declaraţie pe proprie răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 62 alin. (2) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare,

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

I. ACTE ADIŢIONALE

1. Act adiţional

Pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi cabinetele de boli infecţioase care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinete de specialitate integrate ale spitalului, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice, respectiv din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Actul adiţional se adaptează conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate pentru specialităţile clinice.

2. Act adiţional

Pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu finanţate din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti

Actul adiţional se adaptează conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate pentru specialităţile paraclinice.

II. Pentru serviciile medicale spitaliceşti ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unităţile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătăţii, se încheie contract pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi.

Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

ANEXA 21

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
în asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază în asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar

A. Lista cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale majore (cod roşu) decontate de casele de asigurări de sănătate:

1. OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

a. mama este inconştientă

b. mama prezintă convulsii

c. tegumentele mamei sunt reci şi umede, stare de leşin (insuficienţă cardiovasculară)

d. nou-născutul nu plânge/respiră

e. copilul a fost născut, mama prezintă hemoragie

f. hemoragie după săptămâna 20 de sarcină

g. contracţii uterine puternice după săptămâna 36 de sarcină

h. membrane rupte după săptămâna 36 de sarcină

i. membrane rupte sau senzaţia mamei de împingere cu copil cunoscut sau suspicionat a fi în poziţie anormală

j. pacientă inconştientă cu probleme ginecologice/obstetrice

k. dispnee, probleme ginecologice/obstetrice

l. durere acută abdominală, palid, transpirat, aproape de sincopă

m. sângerare, paloare, transpiraţie sau aproape de sincopă

n. pacientă însărcinată, traumatism abdominal, contracţii sau sângerare

o. sângerare majoră, sarcină mai mare de 20 de săptămâni

p. contracţii puternice între săpt. 20 - 36 de sarcină

q. durere şi sângerare (în cantităţi mici sau mari) după săpt. 20 de sarcină

r. convulsii în timpul sarcinii

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ

a. inconştienţă

b. nivel scăzut de conştienţă

c. dificultate serioasă în respiraţie

d. tegumente palide şi umede, aproape sincopă

e. pacient slăbit cu durere toracică

f. durere toracică şi greaţă

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE

a. suspiciunea mai multor victime grav afectate

b. inconştient, după arsură termică/electrică

c. nivel scăzut al conştienţei după arsură termică/electrică

d. dificultăţi în respiraţie după arsura termică/electrică

e. suspect de leziuni datorate inhalării de fum

f. mai mult de 20% suprafaţă arsă suspicionată/leziune corozivă sau dacă implică cap/faţă (adult)

g. mai mult de 10% suprafaţă arsă suspicionată/leziune corozivă sau dacă implică cap/faţă (copil sub 10 ani)

h. suspiciune de arsuri severe, informaţii incerte

i. suspiciune de arsură electrică cu voltaj înalt

j. suspiciune de cădere, leziuni grave suspicionate

4. ÎNEC/IMERSIE ÎN APĂ
a. mai multe victime, imersie în apă sau dispărute
b. imersie în apă confirmată, inconştient
c. imersie în apă cu dificultăţi în respiraţie
d. victimă aflată încă în apă
e. pacient cu imersie în apă mai mult de un minut
f. accident prin săritură în apă
g. leziune extinsă şi imersie în apă
h. suspiciune de hipotermie
i. dezorientat/confuz, fără dificultăţi în respiraţie
j. tuse severă posibilă aspiraţie
5. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE
a. mai multe victime, imersie, rănite sau dispărute
b. victimă aflată încă în apă
c. inconştient după scufundare
d. tegumente reci şi umede, aproape sincopă
e. confuz sau agitat după scufundare
f. paralizie sau ameţeli în diferite părţi ale corpului
g. leziuni extinse vizibile
h. suspiciune de hipotermie moderată sau severă
i. toate simptomele apar în primele 24 h de la scufundare (diferite niveluri de conştienţă, paralizii, alte simptome neurologice, dureri, simptome legate de tegumente)
6. MUŞCĂTURI DE ANIMALE/ÎNŢEPĂTURI DE INSECTE
a. inconştient
b. dificultăţi în respiraţie
c. tegumente palide şi umede, aproape sincopă
d. muşcătură de viperă cu simptome generale
e. muşcătură de viperă la copil mic
f. hemoragie necontrolată după muşcătură
g. înţepătură de insecte în gură sau gâtul unui copil
7. CĂDERI ŞI ALTE ACCIDENTE
a. susp. mai multe victime grave
b. susp. inconştient în urma accidentului
c. greutate la respiraţie în urma accidentului
d. starea de conştienţă în deteriorare sau starea de obnubilare prelungită
e. paralizie
f. paloare, transpiraţii, aproape inconştient
g. sângerare necontrolabilă
h. strivire sau leziuni penetrant la nivelul: capului, a gâtului, a abdomenului sau a coapsei
i. leziuni semnificative la nivelul a două sau mai multor părţi ale corpului
j. fractură de femur sau multiple fracturi deasupra nivelului mâinii sau al piciorului
k. extremitate smulsă deasupra nivelului degetelor
l. pacient carcerat, blocat etc.
m. cădere de peste 4 metri fără alte criterii de urgenţă
n. susp. de traumatism prin energie mare, informaţii neclare
o. dureri precordiale pre-existente, ameţeli acute, cefalee, diabet
p. dureri mari (fără alte criterii de urgenţă)

8. INTOXICAŢII, COPII
a. inconştient în urma intoxicării
b. dificultăţi în respiraţii relatate la intoxicaţie
c. ingerarea unor doze periculoase cu simptome precoce
d. greutate în deglutiţie în urma intoxicaţiei
e. paloare, transpiraţii şi obnubilare
f. convulsii în urma intoxicaţiei
g. informaţii neclare despre substanţe şi simptome
9. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEŢEI ŞI ALE GÂTULUI
a. inconştient mai mult de 5 minute
b. dificultăţi în respiraţie în urma unui traumatism cranian
c. nivelul conştienţei în scădere sau scăzut pentru o perioadă prelungită
d. pacient neliniştit, confuz, necontrolabil sau agresiv
e. traumă craniană şi convulsii
f. traumă craniană şi paralizie
g. palid, transpirat, obnubilat
h. strivire sau plagă penetrantă a feţei, mandibulei sau a gâtului
i. traumă craniană cu alte leziuni semnificative
j. pacient carcerat sau blocat
k. accident forestier
l. cădere peste 4 metri fără alte criterii de urgenţă
m. suspect traumă indusă prin energie mare, informaţii neclare
n. pacient neajutorat, izolat, în risc de hipotermie
o. dureri intense nesuportabile
10. HIPO-HIPERTERMIA
a. dificultate în respiraţie cu hipotermie
b. neliniştit, confuz sau necooperant cu hipo-hipertermie
c. alte leziuni extinse cu hipotermie
d. susp. de hipotermie gravă, sub 32 de grade
e. pacient slăbit cu susp. de hipertermie
11. INCIDENT MAJOR
a. incendiu - Explozie
b. prăbuşire de avion
c. accident de tren - tram.
d. accident rutier
e. dezastru natural
f. scăpări de gaze
g. accident naval
h. atac terorist, război
i. alte dezastre
j. posibile dezastre sau accidente în masă
12. LEZIUNI CHIMICE
a. susp. multiple victime
b. inconştient în urma leziunilor chimice
c. nivelul de conştienţă scăzut în urma accidentului chimic
d. greutate în respiraţie în urma incidentului chimic
e. dificultate în respiraţie în urma accidentului chimic
f. palid, transpirat, aproape inconştient

g. peste 15% suprafaţă leziuni cu subst. corosivă la adult
h. peste 10% leziuni cu subst. corosivă la copii
i. ingestie de subst. alcaloidă la copii
j. susp. de leziuni grave. Nu avem informaţii clare
k. incident major
l. scăpări de gaze sau pericol de explozie în zonă populată
m. accident cu subst. hazardoase implicate
n. ingestie de substanţe caustice, antigel, organofosforice
13. ACCIDENT RUTIER
a. susp. multiple victime cu leziuni serioase
b. inconştient în urma accidentului
c. dispnee în urma accidentului
d. stare de conştienţă în scădere sau obnubilare prelungită
e. traumă craniană cu nelinişte, agresiv sau convulsii
f. palid, transpirat obnubilat
g. paralizie în urma accidentului
h. strivire sau leziuni penetrante la nivelul capului, al gâtului, al toracelui, al abdomenului sau al coapsei
i. leziuni semnificative la nivelul unei sau mai multor părţi ale corpului
j. fractură de femur, sau multiple fracturi deasupra nivelului mâinii sau a piciorului
k. victimă blocată
l. susp. traumă prin energie mare, informaţii neclare
m. accident cu substanţe chimice periculoase
n. dureri precordiale, ameţeli, cefalee, diabet preexistente
o. a fost inconştient dar acum este bine şi fără alte criterii de urgenţă
p. durere intensă fără alte criterii aparente de urgenţă
14. VIOLENŢĂ; AGRESIUNE
a. suspect de afecţiuni severe
b. inconştient după violenţă
c. Dispnee după violenţă
d. nivel scăzut al stării de conştienţă
e. leziuni la nivelul extremităţii cervico-cefalice, pacient agresiv sau calm
f. leziuni la nivelul capului şi convulsii
g. paralizie după violenţă
h. sângerare incontrolabilă sau paloare, transpiraţii, aproape de sincopă
i. leziuni penetrante sau prin compresiune la nivelul capului, gâtului, toracelui, abdomenului, coapsei
j. leziuni semnificative în două sau mai multe locuri ale corpului
k. leziuni severe suspecte, informaţii neclare
15. ALERGII
a. inconştient după reacţia alergică
b. reacţie alergică imediată cu dificultăţi respiratorii
c. reacţie alergică, dificultăţi la vorbire şi deglutiţie
d. reacţie alergică, edem glotic
e. rece şi transpirat, aproape de sincopă
f. simptome imediate, antecedente de şoc anafilactic
16. SINCOPA
a. Inconştient, obnubilat

b. inconştient, respiraţie anormală
c. căderea nivelului de conştienţă sau prelungirea perioadei cu nivel scăzut al conştienţei
d. antecedente neclare de boală sau inconştienţă
e. aproape de sincopă, palid şi transpirat
f. cefalee intensă acută anormală, pierderea stării de conştienţă
g. diabetic cunoscut aflat în stare de inconştienţă
h. sângerare nedatorată unui traumatism, pierderea stării de conştienţă
17. SÂNGERAREA
a. inconştient şi sângerează, cauză netraumatică
b. dispnee şi sângerare, de cauză nontraumatică
c. aproape de sincopă, palid şi transpirat
d. hematemeză, palid şi transpirat
e. scaune închise la culoare şi tare, pacient transpirat, palid
f. sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare semnificativă
g. sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare (cantităţi mici sau mari însoţite de durere)
h. sângerare masivă necontrolată
18. DURERI TORACICE
a. inconştient după durere toracică
b. dispnee şi durere toracică
c. durere toracică tipică în infarctul de miocard
d. durere toracică, palid şi transpirat
e. durere toracică aproape de sincopă
f. suspectarea unor probleme cardiace severe, persoana care face apelul nu se află lângă pacient
19. DIABET ZAHARAT
a. cunoscut diabetic aflat în stare de inconştienţă
b. diabetic cunoscut, dispneic
c. diabetic cunoscut, prezintă convulsii
d. diabetic cunoscut cu dureri toracice severe
20. TEMPERATURĂ
a. inconştient, temperatură crescută
b. pacient slăbit, temperatură şi dispnee marcată
c. motiv pentru suspectarea unei stări septice sau meningită
d. pacient slăbit, temperatură, dificultăţi la deglutiţie şi sialoree (suspect epiglotită)
21. AVC (APOPLEXIE)
a. inconştient, suspect de AVC
b. dispnee suspect AVC
c. convulsii prezente, suspect AVC
d. inconştient mai mult de 20 min.
e. perioadă lungă cu nivel scăzut al conştienţei, simptomele apoplexiei
f. cefalee bruscă, intensă (violentă)
g. traumatism cranian recent, simptome de apoplexie
22. CEFALEE
a. pacient inconştient cu cefalee care a precedat starea de inconştienţă
b. cefalee şi dispnee marcată
c. cefalee şi scăderea nivelului de conştienţă

d. cefalee intensă cu paralizie sau dificultăţi de vorbire
e. cefalee şi temperatură mare, redoare de ceafă, slăbiciune, posibil eritem
f. cefalee severă şi convulsii
23. CONVULSII
a. nu respiră normal după convulsii
b. convulsii pentru prima oară, inconştient
c. convulsii în derulare, mai mult de 5 min.
d. pacient obnubilat între convulsii frecvente
e. obnubilat 20 de min. după convulsii
f. însărcinată cu convulsii
g. diabetic cu convulsii
h. convulsii după leziune craniană recentă
i. convulsii în derulare, concomitent supradoză de medicamente
j. convulsii în derulare, concomitent abuz de narcotice
k. eritem, febră şi convulsii
24. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE
a. inconştient după criză de dureri abdominale sau de spate
b. dispnee cu durere abdominală sau de spate
c. aproape sincopă, nivel scăzut de conştienţă
d. durere intensă abdominală sau de spate, palid şi transpirat sau aproape de sincopă
e. pacient peste 50 de ani cu debut brusc
f. vomită sânge, palid şi transpirat sau aproape de sincopă
g. scaune tari şi închise la culoare, palid şi transpirat sau aproape de sincopă
h. femeie, însărcinată cu dureri abdominale acute, în flancul inferior
i. palid şi transpirat sau aproape de sincopă
25. PSIHIATRIE/SUICID
a. inconştient după tentativă violentă de suicid
b. inconştient, obnubilat după supradoză/intoxicaţie
c. dispnee (fără suspiciune de hiperventilaţie)
d. cel care sună sau aparţinătorii se simt ameninţaţi de pacient
e. tentativă serioasă cu violenţă de suicid
f. supradoză/intoxicaţie sau simptome serioase
26. DISPNEE (DIFICULTĂŢI DE RESPIRAŢIE)
a. inconştient nu respiră normal
b. pacient slăbit, dispnee
c. palid şi slăbit, aproape de sincopă
d. dispnee, dureri toracice constrictive
e. criză de astm, nu se îmbunătăţeşte starea cu medicaţie
f. dispnee, nu poate vorbi coerent
g. copil sub 12 ani, în poziţie şezândă, cianotic
h. slăbit, pacient febril cu dificultăţi la înghiţire sialoree (suspect epiglotită)
i. suspect de corp străin în gât, nu poate vorbi, tuşeşte sau plânge
j. leziuni la nivelul toracelui şi dispnee
k. dispnee moderată - persoană care a născut recent, fractură recentă, membru cu aparat gipsat, spitalizare recentă
27. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAŢIE
a. inconştient, obnubilat după stare de ebrietate/intoxicaţie
b. dificultăţi respiratorii după stare de ebrietate/intoxicaţie

c. persoană care face apelul/aparţinătorii se simt ameninţaţi
d. supradoză/intoxicaţie şi simptome critice
e. palid şi transpirat aproape de sincopă
f. convulsii care durează mai mult de 5 min.
g. cocaină sau crack cu dureri toracice
h. intoxicaţie şi suspicionarea unor leziuni serioase (în special leziuni ale capului)
28. COPIL BOLNAV
a. inconştient, obnubilat (fără convulsii febrile)
b. nu respiră
c. copil slăbit cu dispnee
d. suspiciune de corp străin în gât, nu poate vorbi sau plânge
e. slăbit, copil febril, dificultăţi la deglutiţie, sialoree (posibil epiglotită)
f. copil slăbit şi iritabil, febră (meningită sau septicemie?)
g. convulsii în derulare care durează mai mult de 5 min.
h. pacient obnubilat după 20 de minute, sau se suspectează convulsii febrile
29. URECHEA
a. inconştient, nu respiră normal
b. leziune la nivelul urechii, nivel al stării de conştienţă scăzut
c. ameţeală, nivel scăzut al stării de conştienţă
d. ameţeală, paralizie
e. ameţeală, dureri toracice
f. ameţeală, palid şi transpirat
30. OCHIUL
a. inconştient după ce a acuzat probleme de vedere
b. dispnee şi tulburări ale vederii
c. inconştient mai mult de 5 minute după producerea leziunii
d. leziune a ochiului şi scăderea nivelului stării de conştienţă
B. Lista cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale de gradul 1 (cod galben) decontate de casele de asigurări de sănătate:
1. OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE
a. copilul s-a născut, mama şi copilul par bine
b. mai puţin de 2 minute între contracţii la prima naştere
c. mai puţin de cinci minute între contracţii (după prima naştere)
d. membrane rupte (copil în poziţie normală)
e. senzaţia mamei de împingere cu copilul cunoscut în poziţie normală
f. durere severă, pacientă slăbită (nu este însărcinată)
g. traumatism abdominal în sarcină, fără contracţii sau sângerare, pacienta nu prezintă alte probleme vitale
h. durere abdominală moderată la pacientă cu peste 20 săptămâni de sarcină
i. sângerare minimă, sarcină peste 20 de săptămâni
j. preeclampsie în antecedente, cefalee
k. sângerare mai mare de trei tampoane/oră, altfel bine şi nu prezintă semne de şoc
2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ
a. febră şi nivel de conştienţă alterat însă nu inconştient
b. febră şi erupţii cutanate
c. episoade sincopale repetate
d. ameţeală cu debut brusc, slăbiciune
e. pacient slăbit, informaţii neclare

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE
a. a fost inconştient, recuperează treptat
b. mai puţin de 20% suprafaţă arsuri/leziuni corozive fără implicarea capului/feţei (adulţi)
c. mai puţin de 10% suprafaţă arsuri/leziuni corozive fără implicarea cap/faţă (copil sub 10 ani)
d. corozive în ochi
e. poliţia sau pompierii cer un echipaj de asistenţă, necunoscându-se dacă sunt victime
f. cădere de la înălţime sub 4 metri, pacient conştient fără semne de traumatism grav
4. ÎNEC/IMERSIE ÎN APĂ
a. pacient conştient fără dificultate în respiraţie
b. leziuni aparente minore
5. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE
a. tuse severă după scufundare, hipotermie uşoară
6. MUŞCĂTURI DE ANIMALE/ÎNŢEPĂTURI DE INSECTE

b. muşcătură de viperă fără simptome generale
c. înţepătură de insectă de peste o oră cu simptome generale fără semne de şoc
d. muşcătură de animal în regiunea feţei sau gâtului fără afectarea respiraţiei sau a stării de conştienţă
e. hemoragie controlată după muşcătură
7. CĂDERI ŞI ALTE ACCIDENTE
a. o singură fractură sub genunchi
b. fractura antebraţului
c. susp. fractură col de femur
d. sângerare controlată
e. cădere de la 3 - 4 metri (fără alte criterii de urgenţă)
f. dureri moderate (fără alte criterii de urgenţă)
8. INTOXICAŢII, COPII
a. ingestia recentă a unor doze periculoase, fără alte criterii de urgenţă
b. alcaloid sau acid în gură, fără alte criterii de urgenţă
c. ingestie de derivate petroliere cu simptome minore
d. ingestie de nicotină fără alte criterii de urgenţă
9. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEŢEI ŞI ALE GÂTULUI
a. a fost inconştient, acum mai bine
b. leziuni faciale semnificative fără alte criterii de urgenţă
c. sângerare controlată
d. cădere 3 - 4 metri fără alte criterii de urgenţă
e. dureri moderate fără alte criterii de urgenţă
f. antecedente de dureri precordiale, ameţeli acute, cefalee, diabet
10. HIPO-HIPERTERMIA
a. susp. hipotermie moderată, fără alte criterii de urgenţă
b. susp. hipotermie moderată cu alte leziuni limitate
c. degerătură localizată
d. pacient altfel sănătos cu susp. de hipertermie
11. LEZIUNI CHIMICE
a. leziune caustică la nivelul gurii la adult, fără alte criterii de urgenţă, vorbeşte clar, nerăguşit
b. sub 15% arsuri sau leziuni corosive la adult, fără alte criterii de urgenţă, fără cap/faţă

c. sub 10% arsuri sau leziuni corosive la copil, fără alte criterii de urgenţă, fără cap/faţă
d. leziune corosivă oculară
e. ingestie de derivate petroliere fără alte semne de urgenţă
f. inhalare de gaze sau de subst. chimice fără alte criterii de urgenţă
g. poliţia, pompierii cer sprijin logistic fără să se ştie dacă sunt victime
12. ACCIDENT RUTIER (PACIENTUL SE AFLĂ LA DISPENSAR sau într-o instituţie medicală)
a. fractură izolată a antebraţului sau sub niv. genunchiului fără alte leziuni. Situaţia confirmată de persoană autorizată
b. susp. fractură col de femur
c. leziuni faciale minore fără alte criterii de urgenţă
d. sângerare controlată fără alte criterii de urgenţă. Situaţia confirmată de persoană autorizată
e. durere moderată fără alte criterii de urgenţă
f. poliţia, pompierii cer sprijin fără a se şti dacă sunt victime, DISTANŢA MICĂ permite cererea unui sprijin rapid
13. VIOLENŢĂ; AGRESIUNE
a. leziuni faciale fără alte criterii de urgenţă
b. leziuni produse prin înjunghiere, armă de foc sau prin compresiune sub nivelul cotului sau treimea superioară a gambei
c. fracturi ale membrelor superioare sau fracturi sub nivelul genunchiului (o singură fractură)
d. leziuni minore cauzate de arme
e. pacientul a fost inconştient, îşi revine treptat
f. sângerare controlată (fără alte criterii de urgenţă)
g. durere severă
h. victimă a abuzului sexual (fără alte criterii de urgenţă)
i. victimă a violenţei cu reacţie psihică acută
j. asistenţă la cererea poliţiei
14. ALERGII
a. reacţie acută, fără afectarea respiraţiei sau a stării de conştienţă
b. antecedente de şoc anafilactic, expunere fără simptome
15. SINCOPA
a. Paralizie, slăbiciune sau dificultăţi de vorbire, trezibil
b. episoade severe sincopale în ultimele 24 h, trezibil momentan şi fără alte simptome
c. pierderea pasageră a nivelului de conştienţă după traumatism cranian
d. pierderea pasageră a nivelului de conştienţă şi suspect de ingestie de droguri/alcool
e. suspect de convulsii febrile, recuperează
f. pierdere pasageră a stării de conştienţă cu dureri toracice sau palpitaţii, în revenire
16. SÂNGERAREA
a. sângerare limitată necontrolată
b. hematemeză, fără semn de şoc
c. scaune tari, închise la culoare
d. sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare minoră
e. sângerare vaginală, mai mult de trei tampoane/oră, fără semne de şoc
f. hemoragie nazală incontrolabilă
17. DURERI TORACICE - CODUL GALBEN sau roşu se evaluează individual
a. durere toracică, greaţă

b. durere toracică, tahicardie
c. durere toracică, atipică IM, în plină sănătate
d. antecedente de angină, efect pe termen scurt la NTG
e. debut brusc de tahicardie, fără dureri toracice
18. DIABET ZAHARAT - CODUL GALBEN sau roşu se evaluează individual
a. nivel scăzut al stării de conştienţă, incapabil de a ingera lichide
b. palid, transpirat, aproape de sincopă
c. comportament anormal sau neobişnuit
d. cunoscut diabetic, 55 obosit sau starea generală evident alterată
e. diabetic aflat pe tratament cu tablete, cu nivel scăzut al glicemiei, recuperează
f. temperatură sau alte simptome generale (întotdeauna cod galben decât dacă se suspicionează infarct)
19. TEMPERATURĂ
a. temperatură, pacient cu răspuns imunitar deficitar
b. pacient slăbit cu temperatură şi simptome neclare
c. pacient diabetic cu temperatură
20. AVC (APOPLEXIE)
a. hemiplegie, altfel fără probleme
b. slăbiciune bruscă şi amorţeală la nivelul membrelor superioare şi inferioare
c. dificultăţi acute în vorbire
d. diabetic şi simptomele apoplexiei
e. AVC, pacienţi internaţi la azile de bătrâni
21. CEFALEE
a. cefalee intensă acută, descris ca o durere nemaiavută până acum
b. cefalee cu intensitate crescândă la mai puţin de 12 ore de la producerea leziunii la un pacient care a suferit un traumatism cranio-cerebral, fără alte criterii de urgenţă
c. sarcină cu creşterea în intensitate a cefaleei fără alte criterii de urgenţă
d. pacient cu operaţie de şunt, cefalee agravată, fără alte criterii de urgenţă
e. pacient slăbit, cefalee neclară
22. CONVULSII
a. trezibil după 20 min. după convulsii
b. recuperează după convulsii
c. convulsii, concomitent abuz îndelungat de alcool
23. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE
a. dureri puternice suportabile fără alte criterii de urgenţă
b. dureri constrictive în flancul sau în regiunea lombară, nevoie de a se mişca
c. vomismente ca zaţul de cafea
d. femeie, însărcinată, cu dureri acute abdominale în flancul inferior, fără sângerare
24. PSIHIATRIE/SUICID
a. confuzie instalată brusc şi comportament anormal fără funcţii vitale afectate cu starea de conştienţă păstrată
b. zgârieturi la nivelul încheieturii mâinii, sângerare controlabilă
c. ameninţare serioasă de suicid
d. posibilă supradoză/intoxicaţie fără simptomatologie care denotă ameninţare de funcţii vitale
e. delirium tremens
f. apel la cererea poliţiei/fără persoane în pericol vital
g. pacientul doreşte să vorbească cu un medic

25. DISPNEE (DIFICULTĂŢI DE RESPIRAŢIE)
a. dispnee, fără motiv clar, fără cianoză, transpiraţii etc.
b. dispnee, altfel bine
c. sughiţ, tuse uscată, altfel bine
d. suspect corp străin în gât, poate vorbi, tuşeşte şi/sau plânge
26. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAŢIE
a. posibilă supradoză/intoxicaţie fără simptome critice/funcţii vitale ameninţate
b. delirium tremens
c. convulsii, terminate acum
d. apel la cererea poliţiei
27. COPIL BOLNAV
a. dispnee, dar în general bine
b. copil agitat, cu temperatură
c. copil slăbit, cu debut rapid al bolii
d. copil slăbit, simptome neclare
e. convulsii instalate pentru prima oară, acum trezit
f. temperatură înaltă (peste 40 de grade) la un copil mai mic de 2 luni (poate fi încadrat şi sub roşu)
g. diabet şi temperatură (cu excepţia obişnuitei răceli)
28. URECHEA
a. leziuni majore în sau în jurul urechii fără un nivel scăzut al stării de conştienţă
b. scurgerea de lichid clar sau sânge din ureche după un traumatism cranian însă pacientul este conştient şi nu prezintă alte simptome sau probleme
29. OCHIUL
a. leziuni majore, izolate ale ochiului, fără scăderea nivelului stării de conştienţă
b. leziuni corozive la ochi
c. dureri acute în ochi, pacient slăbit (glaucom acut?)
d. ingerare de metanol sau etilen glicol
e. tulburări de vedere, fără un motiv aparent
C. Lista cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale (cod verde) pentru care se pot acorda consultaţii de urgenţă la domiciliu decontate de casele de asigurări de sănătate
1. OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE
a. mai mult de 2 minute între contracţii (prima naştere)
b. mai mult de 5 minute între contracţii (la a II-a, a III-a naştere)
c. sângerare minoră, la sarcină mai mică de 20 de săptămâni
d. crampe menstruale, sarcină mai mică de 20 de săptămâni
e. dureri abdominale şi temperatură, fără sarcină, fără slăbiciuni
f. dureri nespecificate, fără sarcină, fără slăbiciune
g. dureri neobişnuite, fără sarcină, fără slăbiciune
2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ
a. febră
b. ameţeli dar nu slăbiciune
c. simptome neclare, dar nu slăbiciune
d. probleme psiho/sociale
3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE
a. arsură electrică cu electricitate casnică (220 V), conştient, nu este cunoscut cardiac
b. arsuri minore

c. cădere de la o înălţime mai mică de 3 m în urma electrocutării, conştient fără semne de leziuni grave
d. implicat în accident/incident fără simptome
4. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE
a. pacient conştient fără dificultăţi în respiraţie sau alte simptome
b. leziuni minore după scufundare
5. MUŞCĂTURI DE ANIMALE/ÎNŢEPĂTURI DE INSECTE
a. înţepătură de insectă de peste o oră fără simptome generale
b. înţepătură cu reacţie locală puternică fără reacţie generală
c. muşcătură de animal cu leziune tegumentară
6. CĂDERI ŞI ALTE ACCIDENTE
a. Cădere sub 3 metri (fără alte criterii de urgenţă)
b. Plăgi şi contuzii, leziuni minore
c. Implicat în accident, fără simptome
7. INTOXICAŢII, COPII
a. Ingerarea unor doze subtoxice a unor substanţe periculoase
b. Ingerarea de derivate petroliere fără alte criterii de urgenţă
8. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEŢEI ŞI ALE GÂTULUI
a. Cădere de la 3 metri fără alte criterii de urgenţă
b. Plăgi, contuzii, leziuni minore
c. Implicat în accident fără semne sau leziuni
9. HIPO-HIPERTERMIA
a. Hipotermie uşoară fără alte simptome
b. Expunere la căldură sau frig extreme dar pacientul este bine
10. LEZIUNI CHIMICE
a. Leziuni minore prin corosive
b. Implicat în accident, fără alte simptome, semne
11. ACCIDENT RUTIER (Pacientul se află la dispensar sau văzut deja de medic)
a. Plăgi, contuzii, leziuni minore (confirmat de medic sau personal sanitar calificat)
b. Implicat în accident fără alte simptome sau semne
c. Implicat în accident în ultimele 24 ore, acum acuză dureri sau vrea să fie consultat de medic
12. VIOLENŢĂ; AGRESIUNE
a. leziuni minore neproduse de arme
b. victimă a violenţei, nu sunt leziuni evidente, fără reacţie psihică
13. ALERGII
a. prurit şi eritem
b. reacţie alergică cu durată mai mare de 30 min. după expunere
c. îngrijorare în privinţa reacţiei alergice, fără simptome în prezent
14. SINCOPA
a. lipotimie, bine acum
b. suspect sincopă la NTG, acum bine
c. aproape de sincopă, bine acum
d. cunoscut epileptic, tendinţă la sincopă, recuperează
15. SÂNGERAREA
a. sarcină sub 20 de săptămâni, sângerare, dureri asemănătoare celor menstruale
b. fără sarcină, sângerare vaginală anormală, altfel bine
c. hematurie

d. epistaxis minor
e. sângerări repetate la pacienţi aflaţi sub tratament cu anticoagulante, altfel bine
16. DURERI TORACICE
a. durere la respiraţie sau exerciţii, în plină sănătate
b. aritmie cardiacă, simte că se pierd bătăi ale inimii, altfel bine
17. DIABET ZAHARAT
a. temperatură, fără alte simptome generale
b. infecţie localizată, fără alte simptome generale
c. pacient cunoscut cu nivel crescut al glicemiei, fără simptome
d. pacient diabetic, insulino-dependent, alert după ingerare de zahăr
18. TEMPERATURĂ
a. gripă sau răceală
b. roşu în gât, altfel bine
c. temperatură, altfel bine
d. tuse, altfel bine
19. AVC (APOPLEXIE)
a. paralizie după semne de AVC, recuperare rapidă
b. paralizie după semne de AVC recuperat acum
20. CEFALEE
a. creştere în intensitate a cefaleei, la mai mult de 12 ore de la producerea leziunii traumatice
b. antecedente de migrenă, cefalee tipică de migrenă
c. cefalee (concomitent simptome moderate de greaţă, sensibilitate la sunet şi lumină)
d. cefalee fără alte simptome
e. suspect sinuzită
21. CONVULSII
a. antecedente de epilepsie, recuperare din criză epileptică
b. copil sub şase ani, antecedente de convulsii febrile, recuperează
22. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE
a. durere nespecifică, altfel bine
b. diaree şi vomă, altfel bine
c. suspect apendicită, altfel bine
d. dureri în regiunea abdominală inferioară la bărbat, probleme la urinare
e. temperatură, dureri de spate în zona inferioară
f. dureri abdominale care durează mai mult de o zi, nu se deteriorează
g. dureri constrictive în abdomen, constipaţie
h. dureri de spate
23. PSIHIATRIE/SUICID
a. antecedente de boală mintală (problema pentru care se solicită este cunoscută şi corespunde antecedentelor)
b. gânduri de suicid
c. pacient deprimat, fără intenţii de suicid
d. ingestie de substanţe toxice, în doză minimală
e. simptome de abstinenţă (sevraj)
f. atac brusc de agitaţie motorie cu sau fără dificultăţi respiratorii
24. DISPNEE (DIFICULTĂŢI DE RESPIRAŢIE)
a. temperatură, tuse, spută de culoare verde-gălbuie
b. parestezii sau amorţeală în jurul gurii şi a degetelor

c. tuse, altfel bine
d. suspect corp străin în gât, fără dificultăţi respiratorii acum
25. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAŢIE
a. ingestia de substanţă periculoasă în cantităţi mici fără semne sau simptome
b. simptome de sevraj
26. COPIL BOLNAV
a. antecedente de convulsii febrile, trezit după o criză recentă
b. gât roşu, altfel bine
c. temperatură, altfel bine
d. tuse, altfel bine
e. simptomele unei răceli obişnuite
f. corp străin în nas sau ureche
27. URECHEA
a. dureri în ureche
b. secreţii din ureche
c. leziuni minore la ureche
d. ameţeală trecătoare, fără alte simptome
e. suspect sindrom de hiperventilaţie
f. zgomote în urechi
g. corp străin în canalul auditiv
28. OCHIUL
a. leziuni izolate minore
b. dureri acute în ochi, fără alte simptome
c. conjunctivită - lăcrimare, usturime la nivelul ochilor
d. Ochi dureros după privirea unei operaţiuni de sudură, albeaţă

Pentru urgenţele medico-chirurgicale (cod verde) din lista de mai sus pentru care, cel mai probabil, nu este necesar transportul la unitatea sanitară, casele de asigurări de sănătate pot contracta cu unităţile medicale specializate publice şi cu unităţile specializate private, consultaţii de urgenţă la domiciliu ce vor fi decontate prin tarif pe solicitare negociat.

D. Tipurile de transport decontate de casele de asigurări de sănătate:

I. Transport medical asistat al pacienţilor:

1. Transportul urgenţelor medico-chirurgicale;
2. Transportul bolnavilor cu boli infecto-contagioase;
3. Transportul urgenţelor toxicologice voluntare sau involuntare;
4. Transportul urgenţelor apărute ca urmare a acţiunii agenţilor fizici, chimici, naturali (arsuri, înec, îngheţ), cu excepţia accidentelor de muncă;
5. Transportul urgenţelor obstetricale şi al gravidei în vederea naşterii;
6. Transportul accidentaţilor în urma unor accidente de circulaţie;
7. Transportul victimelor care apar în urma dezastrelor;
8. Transportul copiilor prematuri în condiţii corespunzătoare de la locul de naştere la unităţile sanitare de specialitate şi de la acestea la domiciliu;
9. Transportul la spital pentru internare sau investigaţii nou-născutului până la 3 luni şi al persoanelor nedeplasabile: asiguraţii de orice vârstă cu insuficienţă motorie a trenului inferior din orice cauză, insuficienţă 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 şi al lehuzei care a născut la domiciliu;

11. Transportul pacienţilor internaţi care se află în stare critică, transferaţi la un alt spital;
12. Transportul pacienţilor din unităţile sau compartimentele de primiri urgenţe, care nu se află în stare critică, la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparţinând unităţii sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate;
13. Transport pentru transferul interclinic al pacientului critic neinternat care a beneficiat de servicii medicale în UPU/CPU al unui spital la alt spital.

II. Transport sanitar:
14. Transportul de sânge şi derivate, ţesuturi şi organe, precum şi transportul primitorului în vederea efectuării transplantului în condiţii de urgenţă de la furnizor/domiciliu către unitatea spitalicească;
15. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condiţiile prevăzute de lege;
16. Transportul echipajului de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică şi nu necesită monitorizare şi îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistenţă medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.
III. Transport sanitar neasistat al pacienţilor:
17. Transportul copiilor dializaţi cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora şi retur, în vederea efectuării dializei în unităţile sanitare situate în alt judeţ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializaţi cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi au domiciliul persoanele dializate şi unităţile medicale specializate aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate din judeţul de domiciliu;
18. La externare, bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavi cu deficit motor neurologic major, bolnavi cu amputaţii recente ale membrelor inferioare, bolnavi cu stări casectice, bolnavi cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III şi IV, insuficienţă cardiacă clasa NYHA III şi IV, status post revascularizare miocardică (prin by-pass aorto-coronarian) şi revascularizare periferică (by-pass aorto-femural etc.), malformaţii vasculare cerebrale (anevrisme, malformaţii arterio venoase) rupte neoperate, malformaţii vasculare cerebrale (anevrisme, malformaţii arterio venoase) operate, alte hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate şi care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenţionale, pot fi transportaţi inclusiv în alt judeţ, 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 relaţii contractuale cu aceeaşi 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 relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorială se află domiciliul pacientului externat, cu respectarea prevederilor anterioare;

19. Transportul de la şi 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 unităţilor specializate private în efectuarea unor servicii de transport sanitar sunt cele prevăzute la pct. 16, 17, 18 şi 19 cu condiţia ca acestea să îndeplinească criteriile de autorizare prevăzute de reglementările Ministerului Sănătăţii, precum şi cele de evaluare.

CAPITOLUL II Pachet minimal de servicii medicale în asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar pentru persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat

Persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A, B, C şi D.

CAPITOLUL III Pachet de servicii medicale în asistenţa medicală de urgenţă şi 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, C şi D.

ANEXA 21 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare ca şi consultaţie de urgenţă la domiciliu pentru furnizorii privaţi

1. Ştatul de personal.
2. Execuţia bugetului instituţiei sanitare publice la data de 31.12. 2011 sau 30.09.2011, după caz.
3. Ultima formă a bugetului de venituri şi cheltuieli pentru anul 2011 valabilă la 31.12. 2011, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2012 pe elemente de cheltuieli*)

---

*) Se completează pentru fiecare compartiment pentru care plata se face prin tarif pe solicitare.

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificaţie bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizaţii 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 vacanţă	10.01.09	
Indemnizaţii plătite unor persoane din afara unităţii	10.01.12	
Indemnizaţii de delegare	10.01.13	
Indemnizaţii de detaşare	10.01.14	
Alocaţii pentru locuinţe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuţii	10.03	
Contribuţii de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuţii de asigurări de şomaj	10.03.02	
Contribuţii de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuţii de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10.03.04	
Contribuţii pentru concedii şi indemnizaţii	10.03.06	
Contribuţii la fondul de garantare a creanţelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ŞI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri şi servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curăţenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat şi forţă motrică	20.01.03	
Apă, canal şi salubritate	20.01.04	
Carburanţi şi lubrifianţi	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poştă, telecomunicaţii, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale şi prestări servicii pentru întreţinere cu caracter funcţional	20.01.09	
Alte bunuri şi servicii pentru întreţinere şi funcţionare	20.01.30	

Reparaţii curente	20.02	
Medicamente şi materiale sanitare	20.04	
Hrană	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanţi	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detaşări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detaşări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărţi, publicaţii şi materiale documentare	20.11	
Consultanţă şi expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecţia muncii	20.14	
Comisioane şi alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare şi extrajudiciare derivate din acţiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispoziţiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol şi reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri şi servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂŢI ALE ADMINISTRAŢIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acţiuni de sănătate	51.01.03	

Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanţarea unităţilor de asistenţă medico-sociale	51.01.38	
Aparatură şi echipamente de comunicaţii în urgenţă	51.01.08	
Transferuri pentru reparaţii capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanţarea investiţiilor spitalelor	51.02.12	

NOTĂ: Rubricile din tabelul de mai sus se vor completa conform specificului activităţii proprii.

ANEXA 22

MODALITATEA DE PLATĂ
a serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar

ART. 1 Serviciile medicale de urgenţă şi transport sanitar prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale şi 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.

ART. 2 (1) Suma contractată de către casele de asigurări de sănătate cu unităţile medicale specializate publice autorizate şi evaluate reprezintă bugetul global şi se stabileşte prin înmulţirea numărului populaţiei deservite existent la data de 1 iulie 2010 conform datelor furnizate de Institutul Naţional de Statistică cu tarifele pe cap de locuitor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi cu coeficienţii de ajustare pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare, cu încadrarea în fondurile aprobate cu această destinaţie. Coeficientul de ajustare luat în calcul la contractare este 1, iar pentru suma contractată de furnizorii care încheie contracte cu Casa de Asigurări de Sănătate Constanţa, coeficientul de ajustare este 1,017, cu Casa de Asigurări de Sănătate Prahova, coeficientul de ajustare este 1,011 şi cu Casa de Asigurări de Sănătate Tulcea, coeficientul de ajustare este 1,050.

(2) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unităţile specializate autorizate şi evaluate private pentru efectuarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi se stabileşte astfel:

1. pentru solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulţit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate şi furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepţia celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreţinerea şi repararea mijlocului de transport) şi a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situaţia în care consultaţia de urgenţă la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanenţă şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (1). Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează consultaţiile de urgenţă la domiciliu cu toţi furnizorii privaţi.

Tariful pe solicitare pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenţi (dus-întors) pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, estimaţi a fi parcurşi, înmulţit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori şi casele de asigurări de sănătate. Acest tarif nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 (2), astfel încât la unităţile la care se înregistrează timpi de aşteptare mai ridicaţi, respectiv distanţe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare. Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu toţi furnizorii privaţi. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

3. pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulţit cu tariful negociat pe milă marină şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (3). Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu toţi furnizorii privaţi.

Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus.

Diferenţa de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condiţiile prevăzute la art. 5 alin. (3) lit. b) şi/sau pentru contractarea serviciilor de urgenţă şi transport sanitar conform condiţiilor iniţiale de contractare.

ART. 3 Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale medicul care acordă servicii medicale de urgenţă poate elibera certificate constatatoare de deces în condiţiile prevăzute de lege, cu excepţia situaţiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

ART. 4 Suma contractată anual de către unităţile medicale specializate publice şi unităţile specializate autorizate şi evaluate private cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre şi pe luni.

ART. 5 (1) Decontarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se face lunar. Pentru unităţile specializate private, trimestrial, se face regularizare pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

(2) Decontarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar efectuate de unităţile medicale specializate publice se face lunar la nivelul bugetului global lunar contractat. Lunar, până la data prevăzută în contract, furnizorii vor raporta, la casa de asigurări de sănătate, pentru luna anterioară, activitatea realizată, astfel: număr solicitări urgenţă, număr solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, număr solicitări de transport, număr kilometri realizaţi pentru mediul urban/rural distinct pentru solicitări de urgenţă, consultaţii de urgenţă la domiciliu şi pentru solicitări de transport, număr mile marine, timpul mediu de răspuns al primei ambulanţe publice pentru urgenţele cod roşu - cod galben, timpul mediu de răspuns la solicitările pentru cod verde.

(3) Decontarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar efectuate de unităţile specializate autorizate şi evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri echivalenţi parcurşi pentru mediul urban şi cu numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, şi tariful minim negociat, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful minim negociat pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situaţia în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% faţă de cel contractat) numai dacă depăşirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul

trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depăşirea este justificată (dar nu mai mult de 21% faţă de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi de transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate şi la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor specializate autorizate şi evaluate private solicitările pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu şi numărul de kilometri efectuaţi pentru tipul de transport prevăzut la litera D pct. II poziţia 16 şi pct. III din anexa nr. 21, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat şi au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 6 (1) 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 urgenţă şi transport sanitar realizate conform indicatorilor specifici avuţi în vedere la contractare, în limita sumelor contractate, în baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând serviciile medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 7 Mijloacele specifice de intervenţie destinate asistenţei medicale de urgenţă şi de transport sanitar:

a) ambulanţă tip C1, C2, B1 - ambulanţă destinată intervenţiei medicale de urgenţă la cel mai înalt nivel şi transportului medical asistat al pacientului critic;

b) ambulanţă tip B2 - ambulanţă destinată intervenţiei de urgenţă şi transportului medical asistat al pacienţilor;

c) ambulanţe tip A1, A2 - ambulanţe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienţi (A2);

d) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

e) autoturisme de transport şi intervenţie în scop medical, pentru medicii care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu;

f) mijloace de intervenţie/transport pe apă - ambarcaţiuni pentru intervenţii primare sau secundare/transporturi sanitare.

ART. 8 (1) Tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate pentru solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu este de 197 lei pentru unităţi specializate private.

(2) Tariful maximal decontat unităţilor specializate private de casele de asigurări de sănătate/km echivalent, respectiv km efectiv realizat pentru autoturisme de transport pentru

consultaţii de urgenţă la domiciliu este de 1,18 lei, pentru transportul sanitar neasistat: cu ambulanţe tip A1 şi A2 tariful este de 1,80 lei iar cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat este de 0,92 lei.

(3) Tariful maximal decontat unităţilor specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este de 76 lei.

(4) Tarifele de la alin. (2) şi (3) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din cadrul unităţilor medicale specializate publice şi unităţilor specializate private pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităţilor medicale specializate publice şi unităţilor specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 23
- model -

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ..... reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- Unitatea medicală specializată publică ....., reprezentată prin: .....,

- Unitatea medicală specializată privată ..... reprezentată prin: ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ....., telefon fix/mobil ....., e-mail: ..... fax .....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

III. Servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii şi în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate prevăzute în anexa nr. 21 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2012 .

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu unităţi medicale specializate, autorizate şi evaluate şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze

permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorului de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate contravaloarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorul de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar, cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casa de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze, în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorul de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorului, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale de urgenţă şi a serviciilor de transport sanitar acordate asiguraţilor în luna precedentă, în baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în prezentul contract, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua, până la data de 20, decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în prezentul contract;

g) să deconteze furnizorului serviciile medicale de urgenţă şi transport sanitar acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul.

h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizor pentru a căror corectitudine furnizorul depune declaraţii pe proprie răspundere.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire obligaţiile furnizorului şi ale beneficiarului de servicii medicale referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

e) să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect şi la zi toate formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate.

g) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală ori de câte ori se solicită;

j) să asigure acordarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar asiguraţilor fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

k) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

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

m) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, după caz;

n) să acorde îngrijiri medicale de urgenţă şi transport sanitar, în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la locul accidentului şi până la rezolvarea stării de urgenţă, în limita competenţelor, cu respectarea criteriilor de calitate elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

o) să asigure prezenţa personalului medico-sanitar propriu sau, în cazul urgenţelor de cod roşu şi galben, să alerteze şi să solicite prezenţa personalului serviciilor mobile de

urgenţă, reanimare şi descarcerare (SMURD), în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;

p) să informeze unitatea sanitară la care transportă pacientul cu privire la investigaţiile şi tratamentele efectuate;

q) să asigure eliberarea certificatelor constatatoare de deces, după caz, conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

r) să asigure servicii medicale de urgenţă utilizând mijlocul de transport adecvat şi echipamentul corespunzător situaţiei respective;

s) să introducă monitorizarea apelurilor în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

t) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

u) să asigure acordarea asistenţei medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

v) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor.

x) să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

y) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

z) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

w) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

aa) să completeze şi să depună la unitatea sanitară unde se transportă bolnavul un exemplar al fişei medicale potrivite nivelului de competenţă al echipajului pentru fiecare

pacient asistat, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008; în cazul transferurilor interclinice ale pacienţilor critici, să solicite de la spitalul care efectuează transferul fişa medicală de transfer interclinic al pacientului critic şi să o înainteze spitalului care urmează să primească pacientul, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 1.091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic.

VI. Modalităţi de plată

ART. 7 (1) Suma contractată de către casele de asigurări de sănătate cu unităţile medicale specializate publice autorizate şi evaluate reprezintă bugetul global şi se stabileşte prin înmulţirea numărului populaţiei deservite existent la data de 1 iulie 2010 conform datelor furnizate de Institutul Naţional de Statistică cu tarifele pe cap de locuitor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi cu coeficienţii de ajustare prevăzuţi la art. 2 alin. (1) din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare, cu încadrarea în fondurile aprobate cu această destinaţie.

(2) Decontarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar efectuate de unităţile medicale specializate publice se face lunar la nivelul bugetului global lunar contractat. Lunar, până la data prevăzută în contract, furnizorii vor raporta, la casa de asigurări de sănătate, pentru luna anterioară, activitatea realizată, astfel: număr solicitări urgenţă, număr solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, număr solicitări de transport, număr kilometri realizaţi pentru mediul urban/rural distinct pentru solicitări de urgenţă, consultaţii de urgenţă la domiciliu şi pentru solicitări de transport, număr mile marine, timpul mediu de răspuns al primei ambulanţe publice pentru urgenţele cod roşu - cod galben, timpul mediu de răspuns la solicitările pentru cod verde.

(3) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unităţile specializate autorizate şi evaluate private pentru efectuarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi se stabileşte astfel:

a) pentru solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulţit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate şi furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepţia celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreţinerea şi repararea mijlocului de transport) şi a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situaţia în care consultaţia de urgenţă la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanenţă şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (1) din anexa nr. 22 la ordin. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează consultaţiile de urgenţă la domiciliu cu toţi furnizorii privaţi.

Tariful pe solicitare pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

b) pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenţi (dus-întors) pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv

realizaţi pentru mediul rural, estimaţi a fi parcurşi, înmulţit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori şi casele de asigurări de sănătate. Acest tarif nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 (2) din anexa nr. 22 la ordin, astfel încât la unităţile la care se înregistrează timpi de aşteptare mai ridicaţi, respectiv distanţe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu toţi furnizorii privaţi. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

c) pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulţit cu tariful negociat pe milă marină şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (3) din anexa nr. 22 la ordin. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu toţi furnizorii privaţi. Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus.

Diferenţa de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condiţiile prevăzute la alin. (4) lit. b).

(4) Decontarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar efectuate de unităţile specializate autorizate şi evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri echivalenţi parcurşi pentru mediul urban şi cu numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, şi tariful minim negociat, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful minim negociat pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situaţia în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% faţă de cel contractat) numai dacă depăşirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depăşirea este justificată (dar nu mai mult de 21% faţă de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi de transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate şi la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor specializate autorizate şi evaluate private solicitările pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu şi numărul de kilometri efectuaţi pentru tipul de transport prevăzut la litera D pct. II poziţia 16 şi pct. III din anexa nr. 21 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat şi au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 8 (1) Suma contractată aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar pentru anul 2012 este de ..... lei.

(2) Suma contractată aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se defalchează pe trimestre şi 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 urgenţă şi a serviciilor de transport sanitar realizate conform indicatorilor specifici avuţi în vedere la contractare în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face decontarea.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... .

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, în limita bugetului aprobat, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate şi nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările şi decontările, ţinându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractaţi.

(4) Plata serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr. ....., deschis la Banca ....., la data de ..... .

ART. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor medicale specializate prevăzute în prezentul contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage diminuarea valorii prezentului contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(2) Reţinerea sumei conform alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

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

(4) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile medicale de urgenţă şi transport sanitar furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de urgenţă şi 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 voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

ART. 15 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea şi suspendarea contractului

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) unul sau mai multe compartimente nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizaţiei de funcţionare sau suspendarea acesteia, respectiv încetarea dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea autorizaţiei de funcţionare, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului.

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

(2) Prevederile art. 19 şi 21 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, nu se aplică furnizorilor de servicii medicale de urgenţă prespitaliceşti.

ART. 18 Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) şi la art. 16 lit. a) subpunctele a2) şi a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

XI. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

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 părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional, semnat de ambele părţi, şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenţei medicale de urgenţă şi transport sanitar, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de urgenţă şi 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
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- Actul de înfiinţare/organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară nr. .....,
- Autorizaţia de funcţionare .....,
- Dovada de evaluare nr. ..... valabilă la data încheierii contractului,
- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare .....,
- Contul nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau contul nr. ..... deschis la Banca .....,
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. ..... pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului,

- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. ..... pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului,
- Dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul de asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- Cerere/solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- Structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, pe cele două compartimente: compartimentul de asistenţă medicală de urgenţă şi transport medical asistat şi compartimentul de consultaţii de urgenţă şi transport neasistat,
- Lista personalului angajat:

Medici:
1) Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Specialitatea .....
Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru .....
2) .....
Asistenţi medicali
1) Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Program de lucru .....
2) .....
Alte categorii de personal:
1) Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Program de lucru .....
2) .....
- Lista cu tipurile de mijloace specifice de intervenţie din dotare:

Ambulanţe tip C1:
1) Model/Număr de înmatriculare .....
2) .....
Ambulanţe tip C2:
1) Model/Număr de înmatriculare .....
2) .....
Ambulanţe tip B1:
1) Model/Număr de înmatriculare .....
2) .....
Ambulanţe tip B2:
1) Model/Număr de înmatriculare .....
2) .....
Ambulanţe tip A1:
1) Model/Număr de înmatriculare .....
2) .....
Ambulanţe tip A2:
1) Model/Număr de înmatriculare .....
2) .....
Autoturisme de transport pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu:
1) Model/Număr de înmatriculare .....

2) .....

Autovehicule destinate transportului sanitar neasistat:

1) Model/Număr de înmatriculare .....

2) .....

- Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare/numărul de kilometri echivalenţi pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural ..... (pentru furnizorii privaţi),

- Buletine de verificare periodică pentru dispozitivele medicale din dotarea ambulanţelor, emise conform prevederilor legale în vigoare.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 24

PACHET
de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu

Nr. crt.	Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
1	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură + respiraţie
2	Măsurarea parametrilor fiziologici: puls + TA
3	Măsurarea parametrilor fiziologici: diureză + scaun
4	Administrarea medicamentelor intramuscular*)/subcutanat*)/intradermic*)/oral/pe mucoase
5	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*)
6	Sondaj vezical la femei şi administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală
7	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă sub supravegherea medicului*)
8	Recoltarea produselor biologice
9	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică şi educarea asiguratului/aparţinătorilor
10	Alimentarea pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiţie
11	Clismă cu scop evacuator
12	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor
13	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicaţii medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc şi a rulourilor
14	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor pulmonare: schimbarea poziţiei, tapotaj, fizioterapie respiratorie
15	Îngrijirea plăgilor simple/suprimarea firelor
16	Îngrijirea plăgilor suprainfectate
17	Îngrijirea escarelor multiple
18	Îngrijirea stomelor
19	Îngrijirea fistulelor
20	Îngrijirea tubului de dren

21	Îngrijirea canulei traheale şi instruirea asiguratului
22	Monitorizarea dializei peritoneale
23	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar
24	Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbţia urinei**)
25	Evaluarea asiguratului: stabilirea şi aplicarea unui plan de îngrijiri în controlul durerii şi altor simptome asociate bolii şi reevaluarea periodică
26	Evaluarea mobilităţii, a capacităţii de auto-îngrijire, a riscului de apariţie al escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutriţionale şi recomandarea dietei şi modul de administrare, implementarea intervenţiilor stabilite în planul de îngrijiri şi reevaluarea periodică - de către asistentul medical
27	Masaj limfedem şi contenţie elastică
28	Masaj limfedem cu pompa de compresie
29	Montare TENS
30	Analgezie prin blocaje nervi periferici
31	Administrare medicaţie prin nebulizare
33	Aspiraţie gastrică
34	Aspiraţie căi respiratorii
35	Paracenteză

*) În afara injecţiilor şi perfuziilor cu produse de origine umană.

**)Este inclus şi mijlocul ajutător pentru absorbţia urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbţia urinei/zi

NOTĂ:

1. Serviciile de la punctele 1 - 35 se contractează cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu.

2. Serviciile de la punctele 1 - 24 se contractează cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu.

3. Serviciile de la punctele 25, 27 - 35 se efectuează numai de către medicii de specialitate cu atestat îngrijiri paliative.

4. În tarife sunt incluse şi costurile materialelor sanitare utilizate pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu.

ANEXA 25

CONDIŢIILE
acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu şi modalităţile de plată ale acestora

ART. 1 (1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate şi evaluate în condiţiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alţii decât medicii de familie, furnizori 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, ţinând seama de starea de sănătate a asiguratului şi de statusul de performanţă ECOG al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie şi de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medici aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa nr. 27 C la ordin, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini. Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate inclusiv medicii de familie recomandă îngrijiri medicale la domiciliu pentru asiguraţii cu afecţiuni oncologice sau AVC, numai ca o consecinţă a consultaţiei medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. În funcţie de statusul de performanţă ECOG, bolnavul poate fi:

a) incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 3.

b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 4

(3) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, sau în registrul de consultaţii şi fişa de observaţie a pacientului, în ambulatoriu, asupra necesităţii efectuării îngrijirilor medicale.

ART. 2 (1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu cu tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu. Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 75 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parţială a pacientului la pat, manevre terapeutice conform recomandării, după caz.

Pentru zilele ce depăşesc 42 de zile tariful este de 50 de lei.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate şi efectuate minim 8 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la ordin. În caz contrar, tarifele se reduc proporţional, în funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate şi efectuate / nr. minim de servicii (8) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabileşte de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicităţii/periodicităţii serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire). Fiecare episod nou de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situaţia în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

(5) În situaţia în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri medicale la domiciliu asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3).

ART. 3 Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale.

ART. 4 (1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate şi evaluate în condiţiile legii pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alţii decât medicii de familie, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru acordarea de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contracte de îngrijiri paliative cu casele de asigurări de sănătate dacă fac dovada funcţionării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înţelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative şi asistenţi medicali absolvenţi ai unui curs de îngrijiri paliative.

Pentru asigurarea calităţii serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezenţa unui medic cu atestat în îngrijiri paliative şi a unui asistent medical, cu un program de lucru care să asigure o normă întreagă pe zi atât pentru medic cât şi pentru asistentul medical. Pe lângă personalul de specialitate, la nivelul furnizorului poate funcţiona şi alt personal: psihologi, kinetoterapeuţi, logopezi, îngrijitori.

(3) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, asiguraţilor eligibili. Sunt consideraţi eligibili, pacienţii cu afecţiuni oncologice şi cei cu HIV/SIDA, cu speranţă limitată de viaţă şi cu status de performanţă ECOG 3 sau 4.

(4) Statusul de performanţă ECOG pentru care se acordă îngrijiri paliative la domiciliu este definit la art. 1 alin. (2).

(5) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către medicii de specialitate cu specialităţi oncologie şi boli infecţioase, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 27 D la ordin.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu întocmeşte după prima vizită planul de îngrijire pe care îl comunică în maximum 3 zile lucrătoare la casa de asigurări de sănătate. În situaţia în care planul de îngrijire se modifică în funcţie de necesităţile pacientului, variaţiile planului de îngrijire sunt transmise casei de asigurări de sănătate odată cu raportarea lunară.

ART. 5 (1) Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 80 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parţială a pacientului la pat, manevre terapeutice specifice, conform recomandării, după caz.

Pentru zilele ce depăşesc 42 de zile tariful este de 55 de lei. Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt cuprinse în cadrul planului de îngrijire şi efectuate minim 10 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la ordin. În caz contrar, tarifele se reduc proporţional, funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii cuprinse în cadrul planului de îngrijire şi efectuate / număr minim de servicii (10) x tariful/zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabileşte de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viaţă. În situaţia în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

ART. 6 (1) Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu atestat în îngrijiri paliative şi asistentul medical care funcţionează la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale.

Planul de îngrijire se stabileşte pe baza evaluării iniţiale a pacientului şi este revizuit în funcţie de necesităţile pacientului sau cel puţin o dată la 30 de zile. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în anexa nr. 27 B.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu ajustează pachetul de servicii în funcţie de necesităţile pacientului; acestea se vor reflecta în Planul de îngrijire pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2);

În situaţia în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire

paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative, asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor paliative în limita numărului de zile prevăzut la art. 5 alin. (3).

ART. 7 (1) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu se eliberează în trei exemplare, din care un exemplar rămâne la medic. Un exemplar împreună cu cererea de acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se depun de către asigurat, de către unul dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, 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 evidenţă asiguratul. Al treilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi predat furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu care îi va acorda serviciile respective, dacă cererea a fost aprobată, împreună cu decizia de acordare de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile calendaristice de la data emiterii recomandării.

(2) Pentru obţinerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidenţele căreia se află asiguratul, însoţită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi declaraţia pe proprie răspundere din care să rezulte că afecţiunea 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 ataşează recomandarea medicală cu specificarea domiciliului copilului şi certificatul de naştere (în copie) cu codul numeric personal - CNP. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(3) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea şi recomandarea primită, într-un interval de 3 zile lucrătoare de la data depunerii si este obligata sa ia o hotarare privind acceptarea sau respingerea cererii iar cererea este aprobată în limita sumei prevăzute pentru această destinaţie. La analiza cererilor şi recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare statusul de performanţă ECOG al asiguratului şi numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de care a beneficiat asiguratul în anul respectiv, astfel încât să nu depăşească numărul de zile prevăzut la art. 2 alin. (3), respectiv art. 5 alin. (3).

Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris şi motivat, cu indicarea temeiului legal. În cazul acceptării, cererea este supusă aprobării şi, respectiv, emiterii deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, în limita sumei prevăzute cu această destinaţie. Decizia se expediază prin poştă sau se predă direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), persoanei împuternicite de acesta sau reprezentantului legal al asiguratului, în maximum 24 de ore de la data emiterii acesteia.

(4) Asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal, pe baza deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emise de casa de asigurări de sănătate se

adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aflat în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate şi care este inclus în lista de furnizori, înscrisă pe versoul deciziei.

(5) Casa de asigurări de sănătate eliberează decizii pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative care nu se suprapun ca perioadă de timp în care sunt acordate de către furnizor/furnizori aceste servicii.

ART. 8 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fişă de îngrijire care conţine datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative acordate, data şi ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, 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 şi evoluţia stării de sănătate.

ART. 9 (1) În baza fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmeşte factura lunară şi desfăşurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aprobate.

(2) Furnizorul depune la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală factura lunară însoţită de desfăşurătorul serviciilor efectuate în luna următoare celei pentru care se face decontarea, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcţie de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat şi validat conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat şi de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) În situaţia în care asiguraţii nu au beneficiat în ultimele 11 luni de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi pentru care se emit decizii începând cu data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului şi perioadelor de îngrijire cumulate, conform reglementărilor art. 2 alin. (2) şi art. 5 alin. (2).

(5) Pentru episoadele de îngrijire la domiciliu sau îngrijiri paliative aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele aferente acestora până la finalizarea episodului de îngrijire, sunt cele valabile la data emiterii deciziei.

(6) În situaţia în care, la data intrării în vigoare a prezentelor norme, asiguraţii au mai beneficiat în ultimele 11 luni de episoade de îngrijiri încheiate, fără a cumula 90 de zile de îngrijire în ultimele 11 luni, pentru deciziile nou emise, începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului şi perioadelor de îngrijire cumulate, conform prevederilor de la art. 2 alin. (2) şi art. 5 alin. (2).

ART. 10 (1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi asigurarea accesului asiguraţilor la aceste servicii, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de

decizii privind aprobarea acordării serviciilor emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asiguraţi.

(2) Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate, de tipul şi stadiul afecţiunii pentru care a fost efectuată recomandarea şi de nivelul de dependenţă al bolnavului, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administraţie, se aprobă prin decizie de către preşedintele-director general şi se publică pe pagina web a acesteia.

(3) Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr. 27 A la ordin.

(4) Termenul de valabilitate al deciziei pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este de 10 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia de către casele de asigurări de sănătate.

ART. 11 În situaţia în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât şi de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

ART. 12 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 26
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

şi

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu:

reprezentat prin: .....

Persoana fizică/juridică ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., adresă e-mail .....

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi a Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

III. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate

ART. 2 Furnizorul prestează servicii de îngrijiri medicale la domiciliul/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraţilor, cuprinse în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

ART. 3 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate sunt cele aprobate de casa de asigurări de sănătate, respectiv cele prevăzute în planul de îngrijiri paliative la domiciliu.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2012.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, autorizaţi şi evaluaţi, pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea

şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de desfăşurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

c) să informeze furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, notificarea privind măsurile dispuse va fi transmisă furnizorului în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizor, pentru a căror corectitudine furnizorul depune declaraţii pe propria răspundere.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 7 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi a Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

e) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

f) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

g) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale;

h) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

i) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraţilor fără nicio discriminare;

k) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

l) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

n) să acorde asiguraţilor servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu conform recomandărilor formulate de: medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medicii de familie aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010. Modelul formularului de recomandare este prezentat în anexa nr. 27 C respectiv anexa nr. 27 D la Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile stabilite prin Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative nu pot fi reprezentanţi legali, angajaţi, asociaţi, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi de îngrijiri paliative sau îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu şi de îngrijiri paliative;

o) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie iniţiativă schema de îngrijire recomandată - pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;

p) să comunice direct (în scris) atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu şi îngrijirile paliative la domiciliu, cât şi medicului de familie al asiguratului evoluţia stării de sănătate a acestuia;

q) să ţină evidenţa serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata, evoluţia 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 şi să nu depăşească din proprie iniţiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010;

s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

ş) să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu fie coplata pentru alte servicii de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

t) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu prevăzute în pachetul de servicii de bază;

ţ) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

u) 1) să respecte programul de lucru şi să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

2) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

v) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înţelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative acordate asiguraţilor pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabileşte prin înmulţirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu.

Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 75 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parţială a pacientului la pat, manevre terapeutice conform recomandării, după caz.

Pentru zilele ce depăşesc 42 de zile tariful este de 50 de lei.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate şi efectuate minim 8 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010. În caz contrar, tarifele se reduc proporţional, în funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate şi efectuate / nr. minim de servicii (8) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate

Tarifele nu sunt elemente de negociere între părţi.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este de cel mult 90 de zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire). În situaţia 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.

(3) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabileşte prin înmulţirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire paliativă la domiciliu.

Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 80 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parţială a pacientului la pat, manevre terapeutice specifice, conform recomandării, după caz.

Pentru zilele ce depăşesc 42 de zile tariful este de 55 de lei. Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate şi efectuate minim 10 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010. În caz contrar, tarifele se reduc proporţional, funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate şi efectuate / nr. minim de servicii (10) x tariful/zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate

Tarifele nu sunt elemente de negociere între părţi.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este de cel mult 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viaţă. În situaţia în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

În situaţia în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

(5) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010.

În situaţia în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

(6) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcţie de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative

la domiciliu realizat, raportat şi validat conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat şi de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(7) În situaţia în care asiguraţii nu au beneficiat în ultimele 11 luni de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi pentru care se emit decizii începând cu data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului şi perioadelor de îngrijire cumulate, conform reglementărilor art. 2 alin. (2) şi art. 5 alin. (2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

(8) Pentru episoadele de îngrijire la domiciliu sau îngrijiri paliative aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele aferente acestora până la finalizarea episodului de îngrijire, sunt cele valabile la data emiterii deciziei.

(9) În situaţia în care, la data intrării în vigoare a prezentelor norme, asiguraţii au mai beneficiat în ultimele 11 luni de episoade de îngrijiri încheiate, fără a cumula 90 de zile de îngrijire în ultimele 11 luni, pentru deciziile nou emise se vor lua în calcul prevederile de la art. 2 alin. (2) şi art. 5 alin. (2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, ţinându-se cont de numărul de zile aferent episoadelor anterioare de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu.

(10) În situaţia în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât şi de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

ART. 9 (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul ..... .

VII. Calitatea serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 10 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu sau persoana fizică furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este direct răspunzător/răspunzătoare

de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 13 Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea 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 rezoluţiunea contractului.

X. Încetarea, rezilierea şi suspendarea contractului

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi 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 autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de copiile fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi de documentele justificative privind activităţile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractului încheiat şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

g) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 7 lit. a), c), h), l), m) şi t) precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor - pentru serviciile de îngrijiri paliative, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora), cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), i), j), k), s) şi u);

i) în cazul nerespectării situaţiilor prevăzute la art. 7 lit. n), o), p) şi q).

ART. 15 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), i), j), k), s) şi u) precum şi în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. g), suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii se diminuează după cum urmează:

1. la prima constatare, cu 10%;
2. la a doua constatare cu 20%;
3. la a treia constatare cu 30%.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), h), l), m) şi t), precum şi că în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(3) Reţinerea sumei conform alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 17 alin. (1) lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane

înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. ţ), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

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

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

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu a termenelor de plată a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, constatată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 18 Situaţiile prevăzute la art. 14 şi la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2) şi a3) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XII. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

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 părţi contractante modificările survenite.

XIII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile calendaristice înaintea datei la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi 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. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemple a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal
.....	.....
Director executiv al Direcţiei economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- Dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului;
- Cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca .....;

- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., Cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal ....., după caz;
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. ..... pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului nr. .....;
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract şi funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;
- Cerere/solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....;
- Copie după actul constitutiv;
- Împuternicire legalizată nr. ..... pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

Lista cu echipamentele şi/sau instrumentarul specific aflate în dotare şi documentele care atestă modalitatea de deţinere a acestora, conform legii.

- Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic
- Certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar, valabil la data încheierii contractului
- copie a actului doveditor prin care personalul îşi exercită profesia la furnizor
- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar
- programul de activitate al furnizorului, programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor. (se completează pentru fiecare în parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru/zi ..... ore ..... profesia .....)

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 27 A
- Model -

Casa de Asigurări de Sănătate .....
Decizia nr. ..... din data .....
Președintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate .....
Având în vedere:
- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- prevederile H.G. nr. 1389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anii 2011 - 2012, cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;
Văzând cererea nr. ..... înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în data de ..... depusă de beneficiar, nume și prenume ..... sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP, adresă completă, telefon) ..... beneficiar domiciliat în ..... CNP ....., actul ..... nr. ..... prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu eliberată de medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv medicul de familie/medicul de specialitate din spital, dr. ....., din unitatea sanitară ....., statusul de performanță ECOG al asiguratului ....., declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că afecțiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;
În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea președintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. ...../data .....
DECIDE
ART. 1 Se aprobă episodul de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu constând în următoarele servicii medicale de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
.....
.....
pentru ..... zile, cu tariful pe o zi de îngrijire de…..lei, pentru ……zile cu tariful pe o zi de îngrijire de…..lei, în intervalul ..... (zi/luna/an - zi luna an) pentru numitul ..... cu diagnosticul de .....
ART. 2 Tariful /tarifele pe o zi de îngrijire prevăzut/prevăzute la art. 1 este/sunt suportat/suportate de către Casa de Asigurări de Sănătate
ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de 10 zile lucrătoare de la data emiterii de către casa de asigurări de sănătate, în vederea depunerii acesteia la furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.
Dată astăzi ..... .
Președinte-Director General,
Viza CFP Viza juridic-contencios

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU AFLAȚI ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

Furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Adresă completă sediu social/ Telefon/Fax/Pagină web	Adresă completă punct de lucru/ Telefon/Fax/Pagină web
1		
2		
...		

ANEXA 27 B

- Model -

PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu .....
Nr. Contract .... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....
Numele și prenumele asiguratului .....
CNP asigurat .....
Diagnostic medical .....
Diagnostic boli asociate .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data efectuării serviciilor
B - Nume prenume evaluator
C - Semnătura evaluator

Evaluare inițială			Problema (actuală/ potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data reevaluării
Data	B	C							
Re-evaluare			Problema (actuală/ potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data următoarei reevaluări
Data	B	C							

*) Se vor înscrie servicii de îngrijire paliative conform anexei nr. 24 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

ANEXA 27 C
- model -

RECOMANDARE
pentru îngrijiri medicale la domiciliu

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate inclusiv medicul de familie, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) .....

Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

1. Numele și prenumele asiguratului .....
2. Domiciliul .....
3. Codul numeric personal al asiguratului .....
4. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate: .....
5. statusul de performanță ECOG*) .....
6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(din anexa nr. 24 la ordin*1))	periodicitate/ritmicitate
a)	.....
b)	.....
c)	.....
d)	.....

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu 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/asistență medicală primară
Data	Data .....
Semnătura și parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat	Semnătura și parafa medicului din ambulatoriul de specialitate/medicului de familie
.....	.....

---

*) statusul de performanță ECOG:

- statusul de performanță ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare);

- statusul de performanță ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare).

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire).

*1) Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

ANEXA 27 D
- model -

RECOMANDARE
pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) .....

Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

1. Numele și prenumele asiguratului .....
2. Domiciliul .....
3. Codul numeric personal al asiguratului .....
4. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate: .....
5. statusul de performanță ECOG*) .....
6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(din anexa nr. 24 la ordin*1))

a) ....
b) ....
c) ....
d) ....
.....
.....
.....
.....

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri paliative la domiciliu**)
.....
8. Codul medicului .....

Ștampila secției din care se externează asiguratul și semnătura șefului de secție	Ștampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate
Data	Data .....
Semnătura și parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat	Semnătura și parafa medicului din ambulatoriul de specialitate
.....	.....

---

*) statusul de performanță ECOG:

- statusul de performanță ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare)
- statusul de performanță ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare)

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile o dată în viață pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

*1) Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

ANEXA 28

CONDIȚIILE
acordării asistenței medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și modalitatea de plată a acesteia

ART. 1 (1) Suma negociată și contractată de sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, de furnizori constituiți conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată 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 în funcție de care se stabilește capacitatea maximă de funcționare:

a) număr de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, și preventoriilor, având în vedere numărul de posturi aprobate potrivit legii;

b) număr de paturi stabilit conform structurii organizatorice aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii;

c) rata medie de utilizare a paturilor la nivel național și în conformitate cu planul de paturi la nivel județean, stabilite prin ordin al ministrului sănătății; rata medie de utilizare a paturilor la nivel național luată în calcul la stabilirea capacității maxime este de 250 de zile;

d) număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza ratei medii de utilizare a paturilor la nivel național;

e) durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată; pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă de spitalizare se va lua în calcul durata optimă dacă durata de spitalizare efectiv realizată este mai mare decât aceasta, respectiv durata de spitalizare efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă de spitalizare.

f) tariful pe zi de spitalizare negociat;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2010.

h) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii, în vigoare la data încheierii contractului

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie 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 negociat

a) numărul de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza ratei medii de utilizare a paturilor la nivel național.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal.

Tarif maximal pe zi de spitalizare (lei)

1. Sanatorii balneare 135
2. Sanatorii 116
3. Preventorii 65

NOTĂ:

Tariful contractat nu poate fi mai mare decât tariful contractat pentru anul 2010 + 15%. Pentru furnizorii care nu au fost în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2010, tariful maximal se diminuează cu 20%.

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 negociat, în funcție de tipul de asistență balneară și de durata tratamentului:

Tipul de asistenţă balneară	Durata*)	Contribuţia asiguratului**)
1. Asistenţă balneară terapeutică (cu trimitere medicală)	10-14 zile	35% din tariful/zi de spitalizare
2. Asistenţă balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)	14-21 zile	30% din tariful/zi de spitalizare

*) Serviciile medicale acordate pentru duratele de spitalizare mai mari de 14, respectiv 21 de zile, se suportă în întregime de către asigurați. Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale și pentru durate mai mici de 10 respectiv 14 de zile, conform aceloraşi procente. 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.

**) 1. Pentru beneficiarii legilor speciale partea de contribuție personală a asiguratului se suportă din fond, cu următoarele excepții:.

- pentru beneficiarii Legii 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile care au fost acordate în unități sanitare de stat.
- pentru beneficiarii Legii 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, procentul partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare.
- pentru beneficiarii Legii 341/2004 recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987, cu modificările și completările ulterioare, partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Administrației și Internelor și Ministerului Apărării Naționale.

2. Pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie 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, medicină fizică și balneologie 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, medicină fizică și balneologie 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, medicină fizică și balneologie în unități sanitare cu paturi.

ART. 3 Asiguraţii 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) Sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile sunt obligate să suporte pentru asiguraţii internaţi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigaţii paraclinice.

(2) În situația în care asiguraţii, pe perioada internării, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internaţi și avizate de șeful de secție și manager, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigaţii paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuție personală, în condițiile contractului-cadru și prezentelor norme, sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a sanatoriilor, inclusiv cele balneare și a preventoriilor și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 6 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalchează de către sanatorii și preventorii pe trimestre și luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

Lunar, casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate, în baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data

prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, sanatoriile și preventoriile vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, acestea depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secție numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieșite din lista de prioritate în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului în lista de prioritate.

(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 negociat, 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 negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mic decât numărul de zile contractate, decontarea se face la numărul realizat.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mare decât numărul de zile contractate decontarea se va face la nivelul contractat.

(3) Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la această dată, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 7 Pentru spitalele de recuperare și secțiile/compartimentele de recuperare din cadrul unor spitale, contractarea și decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie se fac în condițiile stabilite în anexa nr. 17 la ordin, din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

ART. 8 Medicii care își desfășoară activitatea în sanatorii/preventorii au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital - cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

ART. 9 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, medicină fizică și balneologie pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală de recuperare, medicină fizică și balneologie 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, medicină fizică și balneologie, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 10 Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie (sanatorii, preventorii) vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare.

ANEXA 29

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie (pentru sanatorii și preventorii)

I. Părțile contractante

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

și

Sanatoriul/Preventoriul/Secția sanatorială sau compartiment sanatorial din spital/furnizorii constituiți conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare ..... având sediul în municipiul/orașul ....., str. ..... nr. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

III. Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în sanatorii și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

ART. 2 Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie de recuperare, medicină fizică și balneologie în sanatorii și preventorii se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare, medicină fizică și balneologie 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, medicină fizică și balneologie.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2012.

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 anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, 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, medicină fizică și balneologie, autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative; prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere,

eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

h) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare, depuse până la data prevăzută în contract, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie acordate în baza biletelor de trimitere/biletelor de internare, dacă acestea sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să țină evidența serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asiguraţi, 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, medicină fizică și balneologie; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

e) să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de recuperare, medicină fizică și balneologie, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

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

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

h.1) să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

h.2) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

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

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure utilizarea formularului 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 la externare medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

l) să asigure acordarea de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

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

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

o) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

p) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile

acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

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

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

s) să asigure acordarea asistenței medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, după caz, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

ț) să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

u) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - prescripție medicală, cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

v) să recomande asiguraților tratamentul adecvat și eficient, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, la externare, conform prevederilor legale în vigoare;

w) să acorde servicii medicale asiguraților numai pe bază de bilet de trimitere/de internare, care sunt formulare cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

x) să informeze medicul de familie al asiguratului, sau după caz medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind

starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire sunt documente tipizate care se întocmesc în două exemplare, din care un exemplar rămâne la furnizor, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandări de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;

y) să verifice biletele de trimitere/de internare cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

z) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz; În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, se depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secție numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieșite în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului.

aa) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

ab) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

ac) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ad) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că folosește protocoalele terapeutice proprii, elaborate și validate conform prevederilor legale în vigoare;

ae) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății în condițiile legii.

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 asistenţă 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 x 3	5 = 2 x 3 x %	6 = 4 - 5
Asistenţă balneară terapeutică (cu trimitere medicală)					
Asistenţă 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) Suma aferentă serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie contractate stabilită pentru anul 2012 se defalchează lunar și trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

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

din care:

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

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

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

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

ART. 8 (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie contractate se face conform prevederilor art. 6 din anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru

aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ....., cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... .

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract până la această dată, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(4) Contractarea și decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

ART. 9 Plata serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie se face în contul nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau în contul nr. ....., deschis la Banca .....

ART. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, prevăzute în prezentul contract, atrage diminuarea valorii de contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

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 aferentă lunii respective;

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

(3) Recuperarea sumei conform alin. (1) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) în vederea luării măsurilor ce se impun.

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie

ART. 11 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

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

ART. 13 Reprezentantul legal al unității sanitare de recuperare, medicină fizică și balneologie 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. 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 de recuperare, medicină fizică și balneologie 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. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv dovezii de evaluare:

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

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 19 și art. 21 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012,

aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, nu se aplică unităților sanitare cu paturi de recuperare, medicină fizică și balneologie.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care contractul se modifică din nou, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 și a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 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 5 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. 20 Prezentul contract se poate modifica, prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare, cu cel puțin ..... zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

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

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

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea derularea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Președinte - Director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcției Economice,
.....
Director executiv al Direcției Relației contractuale,
.....
Vizat
Juridic, contencios

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie (pentru sanatorii și preventorii) nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie (pentru sanatorii și preventorii), depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- actul de înființare sau de organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz, nr. .....,

- dovada de evaluare nr. ...../....., valabilă la data încheierii contractului
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare nr. .....
- cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. .....,
- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate,
- copie a ordinului ministrului sănătății privind clasificarea unității sanitare
- documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare, conform anexei nr. 16 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.
- indicatorii specifici stabiliți prin anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.
- declarația pe propria răspundere a managerului unității sanitare cu paturi că folosește protocoalele terapeutice proprii, elaborate și validate conform prevederilor legale în vigoare;

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 30

MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ȘI DECONTARE
a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

ART. 1 (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Prescripția medicală este document cu regim special și se întocmește în 3 exemplare, dintre care două exemplare (originalul și o copie) se depun de asigurat la farmacie și al treilea exemplar rămâne în carnet la medicul care a eliberat prescripția. Toate datele vor fi înscrise lizibil, fără modificări, ștersături sau adăugiri. În cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată de către persoana care a completat inițial datele, pe toate formularele.

(2) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studențesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris. Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studențești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt 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 psihiatrie, cabinete de planificare familială, 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 asiguraţii, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studențești 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 psihiatrie, cabinete de planificare familială, 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 studențești se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.

(4) Prescripțiile medicale aferente medicamentelor fără contribuție personală se eliberează în următoarele situații:

a) pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravide și lehuze, tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor titlului VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

b) pentru bolile care beneficiază de gratuitate conform prevederilor legale în vigoare;

c) pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele pentru care se calculează preț de referință pentru forme farmaceutice asimilabile, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(5) Pentru a beneficia de medicamente conform art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, 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 700 lei pe lună, iar acesta va consemna în fișa medicală a pensionarului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și va anexa la fișa medicală declarația dată pe propria răspundere de către pensionar.

ART. 2 (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de 3 - 5 zile în afecțiuni acute, de 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30/31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/92 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt incluși în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecință a actului medical prestat de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90/92 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. Asiguraţii 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 30/31 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 anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare. 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 Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(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.

ART. 5 (1) În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, în limita competențelor legale pe care le au și în concordanță cu diagnosticul menționat pe formularul de prescripție medicală emis.

Excepție fac medicii de familie care pot prescrie medicamente atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca o consecință a actului medical prestat de alți medici în următoarele situații:

a) când pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală;

b) la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală;

c) în cadrul "Programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", pe baza scrisorii medicale transmisă de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din spitale au dreptul de a prescrie asiguraților, la externare, medicamente în limita specialității și a consultațiilor interdisciplinare evidențiate în foaia de observație, luându-se în considerare medicația prescrisă anterior și în coroborare cu schema de tratament stabilită la externare.

ART. 6 Prescripțiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

ART. 7 (1) Eliberarea medicamentelor se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente respectiv are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract/convenție medicul prescriptor.

Primitorul semnează de primirea medicamentelor pe prescripția medicală, pe care se menționează numele, prenumele, adresa completă, seria și numărul actului de identitate al acestuia, codul numeric personal - CNP, data eliberării.

(2) În situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripția medicală, acestea se anulează în fața primitorului pe toate exemplarele prescripției medicale, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii "anulat", nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunea C1 și C3, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe verso-ul prescripției. În cazul în care, medicamentele eliberare în cadrul aceluiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe verso-ul prescripției.

(3) Înscrierea prețurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist pentru medicamentele 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.

(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A și B asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate.

(6) Farmaciile au obligația să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceluiași DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului, înregistrată la furnizor, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie.

Face excepție de la obligația farmaciei de a se aproviziona în maximum 24/48 de ore cu medicamente situația în care farmacia se află în imposibilitatea aprovizionării cu medicamente, din motive independente de aceasta și pe care le poate justifica cu documente în acest sens.

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 corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de sănătate, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții medicale în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1.389/2010, cu modificările și completările ulterioare, pentru care se completează prescripții distincte. Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul de parafă al medicului, precum și codul numeric personal al asiguratului, respectiv al titularului de card european de asigurări sociale de sănătate. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice: a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1.389/2010, cu modificările și completările ulterioare, 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 după caz, cu evidențierea distincte a sumei corespunzătoare procentului de 40% pentru prescripțiile de care beneficiază pensionarii cu venituri de până la 700 de lei/lună suportate din bugetul Ministerului Sănătății prin transfer către bugetul fondului.

ART. 11 (1) Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație. Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

(2) Acordarea medicamentelor și a unor materiale sanitare specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se realizează în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 - 2012.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiționale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinație, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 12 În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, farmaciile, înaintează caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, următoarele acte în original: factura, borderourile centralizatoare, prescripțiile medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emitere a acestuia.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

ART. 13 Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților efectuate.

ART. 14 (1) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și metoda de calcul pentru sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 din sublistă, 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 asiguraţii pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu cu sau fără contribuție personală, în conformitate cu prevederile art. 97 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

b) ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea/modificarea listei de medicamente - denumiri comerciale; medicamentele din CANAMED pentru care deținătorul autorizației de punere pe piață nu face dovada prezenței pe piață a acestora în ultimele 3 luni, acestea nu se cuprind în lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale; lista se elaboreaza de Casa Națională de Asigurări de Sănătate in termen de 15 zile de la actualizarea CANAMED si intra in vigoare la data de 1 a lunii urmatoare celei in care a fost elaborata.

c) în situația în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piață care a obținut aprobarea Ministerului Sănătății pentru:

- un preț de vânzare cu amănuntul pe unitate terapeutică mai mic decât prețul de referință pentru forme farmaceutice asimilabile - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - Secțiunile C1 și C3;

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 2010 și are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, sub sancțiunea scoaterii medicamentului din listă, în caz contrar.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele în condițiile prevăzute la alin. (1), indiferent de data la care a fost completată prescripția medicală de către medic, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (4).

ART. 15 Prescrierea, eliberarea și decontarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților se fac în limita fondului aprobat cu această destinație.

ART. 16 La nivelul caselor de asigurări de sănătate vor funcționa comisii pentru fiecare grupă de boală cronică prevăzută potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie 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.
- aprobă / respinge referatul întocmit de medicul curant prin care acesta recomandă tratamentul cu un medicament ce necesită aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București, conform criteriilor de includere / excludere în / din tratament. O copie a referatului aprobat / deciziei de aprobare emisă de către comisiile județene sau comisiile de la nivelul CNAS se va atașa la prescripția medicală care însoțește factura și borderoul centralizator depuse la casa de asigurări de sănătate.

Casa de asigurări de sănătate pune la dispoziția fiecărei comisii:

- numărul stabilit de bolnavi ce pot fi tratați, în funcție de sumele aprobate și costul mediu pe pacient;
- pacienții aflați în tratament și tratamentul acordat acestora, cu indicarea datei la care au intrat în tratament, a datei ultimei aprobări și a perioadei pentru care au primit ultima aprobare.

ART. 17 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2012 se efectuează în ordine cronologică până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (2), în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) În termen de 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, factura se va valida în sensul acordării vizei "bun de plată" de către casa de asigurări de sănătate, ca urmare a verificării facturilor și a borderourilor centralizatoare.

(3) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la expirarea termenului prevăzut la alin. (2) să comunice furnizorului, în scris, motivele

neavizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori.

ART. 18 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală din partea asiguraților în tratamentul ambulatoriu, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 31

CONTRACT
de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate

I. Părțile contractante:

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

și

Societatea comercială farmaceutică ....., reprezentată prin .....

Farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești ....., reprezentată prin .....,

având sediul în municipiul/orașul ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul ....., telefon ..... fax ..... e-mail ....., și punctul în comuna ....., str. ..... nr. .....,

II. Obiectul contractului:

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu:

ART. 2 Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, reglementărilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, precum și a reglementărilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

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 oficinele locale de distribuție cu informațiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2012.

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 anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, 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 numai cu furnizorii de medicamente autorizați și evaluați conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afișare pe pagina web, lista acestora pentru informarea asiguraților; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate modificările intervenite în lista acestora, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

b) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora; casele de asigurări de sănătate decontează prescripții medicale care nu conțin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute și dacă se poate identifica medicul, asiguratul și dacă se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecțiune acută. În această situație casele de asigurări de sănătate atenționează medicii care prescriu rețete fără toate datele obligatorii necesare în vederea eliberării acestora, și încasează de la medicii respectivi valoarea decontată pentru fiecare prescripție medicală la care s-au constatat astfel de deficiențe. Sumele obținute din aceste încasări se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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 la termenele prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

d) să urmărească lunar, în cadrul aceluiași DCI, raportul dintre consumul de medicamente, al căror preț pe unitate terapeutică/preț de vânzare cu amănuntul, după caz, este mai mic sau egal cu prețul de referință, și total consum medicamente; să urmărească

lunar/săptămânal evoluția consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun.

e) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale și asiguraților cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună, atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A, cât și pentru cele cuprinse în sublista B, precum și cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru fiecare cod de boală pentru medicamentele cuprinse în sublista C - secțiunea C1 și mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru medicamentele cuprinse în sublista C - secțiunea C3; în această situație asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 103 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

f) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar cu cel prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de medicamente cu privire la condițiile de contractare și la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

g) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relațiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi;

h) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele verbale de constatare furnizorilor de medicamente sau după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

j) să publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se află în relație contractuală și care participă la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții

k) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente, prin publicare zilnică pe pagina web proprie, situația fondurilor trimestriale/lunare aprobate și a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârșitul trimestrului/lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor; comunicarea acestor informații se face în mod unitar la nivelul tuturor caselor de asigurări de sănătate;

l) să publice lunar, pe pagina web proprie, totalul plăților efectuate în luna anterioară către furnizorii de medicamente;

B. Obligațiile furnizorilor de medicamente

ART. 7 Furnizorii de medicamente au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință - pentru medicamentele din sublistele A, B și C - secțiunea C1 și C3;

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 scrisă a asiguratului înregistrată la furnizor, 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;

c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare;

d) să verifice prescripțiile medicale în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor;

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, 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;

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: factură, borderou centralizator, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a datei de emitere a acestuia, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, 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 de la lit. v);

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru

anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare; să nu elibereze medicamente pentru care este necesară prescripție medicală, în lipsa acesteia;

i) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat, conform legii;

j) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale; să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție de către aceasta;

k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului aprobat prin Decizia Adunării Generale Naționale a Colegiului Farmaciștilor din România nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmaciștilor din România și a Codului dentologic al farmacistului, în relațiile cu asiguraţii;

l) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie; să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții și să afișeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. 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 aceeași casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract sau convenție în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale eliberate în situațiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, cu încadrarea în sumele aprobate cu această destinație.

n) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii "anulat" DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

o) să nu elibereze medicamentele din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

p) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie și ștampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relație contractuală;

q) să asigure prezența unui farmacist în farmacie și la oficinele locale de distribuție pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, documentele necesare în vederea

decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în prezentul contract. Pentru medicamentele eliberate decontarea se face cu încadrarea în fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate și afișat de aceasta pe site;

s) să se informeze asupra condițiilor de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu;

ș) să elibereze medicamentele din sublistele A, B și C - secțiunea C1 și C3 ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe verso-ul prescripției. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe verso-ul prescripției.

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

ț) să anunțe casa de asigurări de sănătate cu privire la modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

u) 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;

v) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situația medicamentelor eliberate conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; nerespectarea nejustificată a acestei obligații pe perioada derulării contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

w) 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 Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei, excepție făcând situațiile prevăzute la art. 101 lit. c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

x) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune.

y) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului 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 CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din

14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și au obligația să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale documentele justificative care atestă serviciile acordate pentru această categorie de persoane;

z) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și au obligația să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate, precum și documentele care au deschis dreptul la servicii medicale;

aa) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a farmaciei și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor - farmacii/oficine precum și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic (farmaciștii și asistenții de farmacie) care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia.

ab) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu; medicamentele cu și fără contribuție personală eliberate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

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 corespunzătoare DCI-urile aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai CNAS, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, pentru care se completează prescripții distincte.

Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul de parafă al medicului, precum și codul numeric personal al asiguratului, respectiv al titularului de card european de asigurări sociale de sănătate.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

(2) Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiționale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinație, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 9 (1) 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.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

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 cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

a) avertisment la prima constatare;

b) cu 10% la a doua constatare;

c) cu 16% la a treia constatare.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), b), c), e), f), g), h), j), k), l), m), n), o), p), q), r), s), ș), t), ț), u), v) și w), suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

a) la prima constatare, cu avertisment

b) la a doua constatare, cu 10%

c) la a treia constatare, cu 16%

Pentru nerespectarea obligației de la art. 7 lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situație, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

(3) Reținerea sumei conform alin. (1) și (2), se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, și se aplică la nivel de farmacie/oficină locală de distribuție.

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

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 11 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2012 se efectuează în ordine cronologică până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (2), în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) În termen de 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, factura se va valida în sensul acordării vizei "bun de plată" de către casa de asigurări de sănătate, ca urmare a verificării facturilor și a borderourilor centralizatoare în condițiile respectării prevederilor art. 7 lit. g) și v).

(3) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la expirarea termenului prevăzut la alin. (2) să comunice furnizorului, în scris, motivele

neavizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori.

ART. 12 Plata se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr. ....., deschis la Banca .....

VII. Răspunderea contractuală:

ART. 13 Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 14 Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăților.

VIII. Clauză specială:

ART. 15 (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului, și care împiedică executarea acestuia este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

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

IX. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului:

ART. 16 Prezentul contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

b) dacă din motive imputabile farmaciei evaluate aceasta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a autorizației de funcționare;

d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei;

e) dacă farmacia evaluată înlocuiește medicamentele și/sau materialele sanitare neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) din prezentul contract; pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) de câte 3 ori pe an, pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății comerciale se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 10 alin.

(1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/aceeași oficină locală de distribuție din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții medicale privind eliberarea de medicamente și 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) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. a), b), c), e), f), g), h), j), k), l), m), n), o), p), q), r), s), ș), t), ț), u), v), w) și x); pentru nerespectarea obligației de la art. 7 lit. b) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

i) în cazul refuzului furnizorului de medicamente de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor și/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

j) eliberarea de medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, de către farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) furnizorul de medicamente își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere

c) acordul de voință al părților;

d) 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;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 18 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane

înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre acestea.

ART. 18 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricărui act dintre documentele prevăzute la art. 98 alin. (1) lit. a) - d) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1.389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. aa) cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare de la data încetării valabilității/revocării acestuia.

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

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

d) nerespectarea de către furnizorii de medicamente a termenelor de plată a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu eliberate de farmacii conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestora atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 19 (1) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficinele locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 lit. f), g) și h) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. f), g), r), ț) și v), se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 16 se aplică

corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

Prevederile art. 17 alin. (1) și art. 18 referitoare la condițiile de încetare, respectiv suspendare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuție, după caz.

(2) În situația în care prin farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societățile comerciale respective pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuție cuprinse în aceste contracte.

ART. 20 (1) Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a2, a3 și lit. c) 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 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 și lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

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 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului:

ART. 22 (1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin ..... zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 23 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 legate de încheierea, derularea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

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 Preşedinte - director general, ... Director executiv al Direcţiei economice, ... Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale, ... Vizat Juridic, Contencios	FURNIZOR DE MEDICAMENTE ŞI MATERIALE SANITARE Reprezentant legal, ...

ANEXA 1

la contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări de sănătate nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. .....,
- certificat de înmatriculate la Registrul comerțului nr. ..... sau actul de înființare .....,
- contul nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare nr. .....,
- dovada de evaluare a farmaciei nr. ..... valabilă la data încheierii contractului;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr. ....., valabilă la data încheierii contractului
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic (farmaciștii și asistenții de farmacie) care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului nr. .....
- dovada plății contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare .....,
- program de lucru atât pentru farmacii cât și pentru oficinele locale de distribuție
- lista personalului de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor și durata timpului de lucru a acestuia (număr ore/zi și număr ore/săptămână)
- Autorizația de funcționare nr…., eliberată de Ministerul Sănătății
- Certificatul de membru al Colegiului Farmaciștilor din România
- Certificatul de membru al Ordinului Asistenților din România
- Certificatul RBPF – Reguli de bună practică farmaceutică – eliberat de Colegiul Farmaciștilor din România – filiala județeană

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 32

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
C1	C2	C3	C4
1	Proteză auditivă		5 ani
2	Proteză fonatorie	a) Vibrator laringian	5 ani
		b) Buton fonator (shunt - ventile)	2/an
3	Proteză traheală	a) Canulă traheală simplă	4/an
		b) Canulă traheală Montgomery	2/an

NOTĂ:

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda 2 proteze auditive dacă medicii specialiști recomandă protezare bilaterală.

2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

B. Dispozitive pentru protezare stomii

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	1 set*)/lună (30 bucăţi)
		b) sac colector pentru urostomie	1 set*)/lună (15 bucăţi)
	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ ileostomie (flanșă suport și sac colector)	1 set**)/ lună
		b) pentru urostomie (flanșă suport și sac colector)	1 set**)/ lună

*) 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
C1	C2	C3	C4
1	Condom urinar		1 set*)/lună (30 bucăți)
2	Sac colector de urină		1 set*)/lună (6 bucăți)
3	Sonda Foley		1 set*)/lună (4 bucăți)
4	Cateter urinar		1 set*)/lună (120 bucăți)
5	Benzi ~~intravaginale~~ pentru incontinență urinară		

*) 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
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parțială de picior	a) LISEFRANC	2 ani
		b) CHOPART	2 ani
		c) PIROGOFF	2 ani
2	Proteză pentru dezarticulația de gleznă	SYME	2 ani
3	Proteză de gambă	a) convențională, din material plastic, cu contact total	2 ani

		b) convenţională, din piele	2 ani
		c) geriatrică	2 ani
		d) modulară	4 ani
4	Proteză pentru dezarticulaţia de genunchi	modulară	4 ani
5	Proteză de coapsă	a) pilon	2 ani
		b) combinată	2 ani
		c) din plastic	2 ani
		d) cu vacuum	2 ani
		e) geriatrică	2 ani
		f) modulară	4 ani
		g) modulară cu vacuum	4 ani
6	Proteză de șold	a) convenţională	2 ani
		b) modulară	4 ani
7	Proteză parţială de bazin hemipelvectomie	a) convenţională	2 ani
		b) modulară	4 ani

NOTĂ:

1) Termenul de înlocuire de 2, respectiv 4 ani se consideră de la momentul în care asiguratul a intrat în posesia protezei definitive, dacă acesta a beneficiat și de proteză provizorie.

2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

3) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

E. Proteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parţială de mână	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională	2 ani
2	Proteză de dezarticulaţie de încheietură a mâinii	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani

		d) funcţională acţionată mioelectric	8 ani
3	Proteză de antebraţ	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie pasivă	8 ani
		e) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie activă	8 ani
4	Proteză de dezarticulaţie de cot	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
5	Proteza de braţ	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
6	Proteză de dezarticulaţie de umăr	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
7	Proteză pentru amputaţie inter-scapulo-toracică	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională	2 ani

		acționată prin cablu	
		d) funcțională atipic electric	8 ani

NOTĂ:

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

F. Dispozitive de mers

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Baston		3 ani
2	Baston	cu trei/patru picioare	3 ani
3	Cârjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani
		c) cu sprijin pe antebraț metalică	3 ani
4	Cadru de mers		3 ani
5	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată	
		a) cu antrenare manuală/electrică	5 ani
		b) triciclu pentru copii	3 ani
		perioadă determinată	
		a) cu antrenare manuală	
		b) triciclu pentru copii	

NOTĂ:

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 și 3; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

G. Orteze

G.1 Orteze pentru coloana vertebrală

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze cervicale	a) colar	12 luni
		b) Philadelphia/ Minerva	12 luni
		c) Schanz	12 luni
2	Orteze cervicotoracice		12 luni
3	Orteze toracice		12 luni
4	Orteze toracolombosacrale		12 luni
		a) corset Cheneau	12 luni
		b) corset Boston	12 luni
		c) corset Euroboston	12 luni
		d) corset Hessing	12 luni
		e) corset de hiperextensie	12 luni
		f) corset Lyonnais	12 luni
		g) corset de hiperextensie în trei puncte ptr. scolioză	12 luni
5	Orteze lombosacrale		12 luni
		lombostat	12 luni
6	Orteze sacro-iliace		12 luni
7	Orteze cervicotoraco-lombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani
		b) corset Milwaukee	12 luni

NOTĂ:

Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, 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
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de deget		12 luni
2	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/	12 luni

		fixarea degetului mare	
		b) dinamică	12 luni
3	Orteze de încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni
4	Orteze de încheietura mâinii - mână - deget	fixă/mobilă	12 luni
5	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni
6	Orteze de cot - încheietura mâinii - mână		12 luni
7	Orteze de umăr		12 luni
8	Orteze de umăr - cot		12 luni
9	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

2) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

G.3 Orteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de picior		12 luni
2	Orteze pentru gleznă - picior	fixă/mobilă	12 luni
3	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni
		b) mobilă	12 luni
		c) Balant	2 ani
4	Orteze de genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) Gambier cu scurtare	2 ani
		b) Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră)	2 ani
		c) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani
5	Orteze de șold		12 luni
6	Orteze șold - genunchi		12 luni

7	Orteze de șold - genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani
		b) Hessing (aparat)	2 ani
8	Orteze pentru luxaţii de șold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*
		b) de abducţie	*
		c) Dr. Fettwies	*
		d) Dr. Behrens	*
		e) Becker	*
		f) Dr. Bernau	*
9	Orteze corectoare de statică a piciorului		
		a) susţinători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni
		b) susţinători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni
		c) Pes Var/Valg	12 luni
		d) Hallux-Valgus	12 luni

NOTĂ:

1) Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) și c) se prescriu numai perechi.

2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

3) * se poate acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

4) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), cu excepția celor prevăzute la pct. 1); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

H. Încălțăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Ghete	a) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni

		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
2	Pantofi	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă pereche de încălțăminte înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi.

2) Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.

3) Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

I. Dispozitive pentru deficiențe vizuale

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Lentile intraoculare*	a) ptr. camera anterioară b) ptr. camera posterioară	

* Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puțin 6 luni.

J. Echipamente pentru oxigenoterapie

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen*)	- - concentrator de oxigen	

*) Aparatele de administrarea continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere.

ANEXA 33

MODALITATEA
de prescriere, procurare și decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

ART. 1 (1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, se acordă pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza unei prescripții medicale sub forma unei recomandări medicale tipizate conform modelului prevăzut în Anexa nr .35 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, eliberate de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, în condițiile prezentelor norme.

(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 nr. 32 la ordin. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului.

Prescripția medicală va fi întocmită în limita competenței medicului prescriptor.

(3) Prescripția medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de un furnizor autorizat și evaluat care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate.

(4) Prescripția medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoțită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenție chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situație medicul care face recomandarea va menționa pe prescripția medicală modul de protezare și tipul protezei definitive. În situații speciale, pentru același segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare care să cuprindă atât proteză provizorie cât și proteză definitivă sau direct proteză definitivă.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii în cazul pacienților cu stome permanente și pentru dispozitive pentru incontinență urinară în cazul pacienților cu incontinență urinară permanentă, medicul va menționa pe prescripția medicală "stomă permanentă" respectiv „incontinență urinară permanentă”.

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară recomandarea se poate face și de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate unde este în evidență și asiguratul, în baza scrisorii medicale/bilet de ieșire din spital transmisă de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu în acest caz și numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de

ieșire din spital, se află în relație contractuală și numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal; biletul de ieșire din spital va conține obligatoriu și explicit toate elementele prevăzute în modelul de scrisoare medicală.

(8) În prescripția medicală se va menționa obligatoriu că deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

ART. 2 (1) Pentru obținerea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului, însoțită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, prescripția medicală pentru dispozitivul medical și declarația pe propria răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează prescripția medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, și certificatul de naștere (în copie), cu codul numeric personal - CNP. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(2) Prescripțiile medicale își pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescripțiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat (reprezentant legal, angajat, asociat, administrator).

(3) În situația pacienților cu stome permanente pentru obținerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripția medicală pe care este completată mențiunea "stomă permanentă" se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată într-un an calendaristic. În situația pacienților cu incontinență urinară permanentă pentru obținerea dispozitivelor de incontinență urinară, prescripția medicală pe care este completată mențiunea incontinență urinară 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 ridică de la casa de asigurări de sănătate de către beneficiar, aparținător sau împuternicit legal în acest sens sau se expediază prin poștă în maximum 2 zile de la emitere în cazul în care asiguratul solicită prin cerere. În situația în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depășirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinație permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poștă, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripției medicale, dacă este cazul. Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării unui dispozitiv medical este prevăzut în anexa nr. 35 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru

anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Criteriile de prioritate precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență stabilite de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație și se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a acesteia, precum și de ponderea fiecărei categorii de dispozitive medicale din totalul dispozitivelor medicale acordate asiguraților, în condițiile art. 117 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1.389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

(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 90/91/92 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 A la ordin.

(6) În cazul protezelor pentru membrul inferior, casele de asigurări de sănătate pentru un singur dispozitiv medical emit decizii distincte pentru același tip de proteză pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie și proteza definitivă). Decizia pentru proteza definitivă, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta a beneficiat de proteza provizorie.

(7) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraților pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere iar aparatele pentru administrare continuă cu oxigen se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivelor medicale. Perioada de închiriere nu poate depăși data la care încetează valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate și furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acordă pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive și numărul acestora pe fiecare tip.

(8) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală care nu poate fi mai mare de 90/91/92 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 efectuat la comandă, furnizorul de dispozitive medicale înștiințează casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

ART. 4

(1) Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, în cazul dispozitivelor la comandă (inclusiv pentru protezele auditive), sau, în cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comandă, asiguratul sau unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat 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.

Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor.

(2) Pentru pacienții cu stome permanente care în cursul anului calendaristic, după expirarea termenului de valabilitate a unei decizii, doresc să se adreseze altui furnizor de dispozitive pentru protezare stomii decât cel la care au depus prescripția medicală cu mențiunea "stomă permanentă", este necesară obținerea unei alte prescripții medicale cu mențiunea "stomă permanentă" care să însoțească decizia emisă de casa de asigurări de sănătate. Această prevedere se aplică în mod corespunzător și pacienților cu incontinență urinară permanentă.

(3) În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen, decizia va fi însoțită de talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

ART. 5 Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficiențelor organice sau funcționale în ambulatoriu, prevăzută în anexa nr. 32 la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde termenele de înlocuire ale dispozitivelor medicale. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul a beneficiat de dispozitivul medical.

ART. 6 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(3) Furnizorul emite, în vederea decontării, factura însoțită de: copia certificatului de garanție, declarația privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparținătorului acestuia (membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu, fiică, împuternicit legal), cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă, curierat, transport propriu sau închiriat și primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate atât înainte, cât și după protezarea auditivă. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată, și de aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa și talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa la prima facturare, după închirierea dispozitivului medical, și dovada verificării tehnice.

(4) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o

persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, decontarea se face pentru același furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive.

(6) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

ART. 7 Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligația ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunțe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

ART. 8 (1) Certificatul de garanție predat de către furnizor asiguratului trebuie să precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical (numele producătorului, numele reprezentantului autorizat al producătorului sau numele distribuitorului, după caz; tipul; numărul lotului precedat de cuvântul "lot" sau nr. de serie, după caz); data fabricației și, după caz, data expirării; termenul de garanție.

(2) În cadrul termenului de garanție asigurații pot sesiza furnizorul în legătură cu eventualele deficiențe ale dispozitivului medical care conduc la lipsa de conformitate a acestuia, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. În acest caz repararea sau înlocuirea dispozitivului medical cu altul corespunzător va fi asigurată și suportată de către furnizor.

ANEXA 34
- model -

CONTRACT
de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

I. Părțile contractante

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

și

Furnizorul de dispozitive medicale ....., prin reprezentantul legal ..... sau împuternicitul legal al acestuia ....., după caz,

- având sediul social în localitatea ....., județul/sectorul ..... str. ..... nr. ....., telefon ....., fax .....,

(se va menționa și punctul/punctele de lucru din județ cu informațiile solicitate anterior, după caz)

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

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 nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și constau în:

a) .....;

b) .....;

c) ..... .

Lista de dispozitive medicale se va detalia pe categorii, denumiri și tipuri.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2012.

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 anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, 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 autorizați și 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 anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, inclusiv pe site-ul casei de asigurări de sănătate, lista în ordine alfabetică a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și punctul de lucru din județul respectiv, pentru informarea asiguraților;

b) să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiționale, pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora și a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

c) să informeze în prealabil, într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare precum și la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

d) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale și în limita bugetului aprobat; modelul deciziei pentru aprobarea procurării/închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în anexa nr. 35 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;

e) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical prețul de referință/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru dispozitivul medical și să specifice pe verso-ul deciziei, în ordine alfabetică, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se află în relații contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și punctul de lucru din județul respectiv, pentru informarea asiguraților;

f) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale;

g) să efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de către furnizor și a documentelor obligatorii care le însoțesc; validarea documentelor justificative se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor;

h) să verifice dacă emitentul prescripției medicale se află în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înțelege furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale.

i) să sesizeze organelor abilitate, în vederea soluționării, situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizorii de dispozitive medicale, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere.

j) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de dispozitive medicale sau după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 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 dispozitive medicale

ART. 6 Furnizorul de dispozitive medicale are următoarele obligații:

a) să respecte prevederile legale privind condițiile de introducere pe piață, de comercializare și de punere în funcțiune a dispozitivelor medicale;

b) să livreze dispozitivul medical în conformitate cu recomandarea medicului și să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesită service;

c) să livreze dispozitivele medicale și să desfășoare activități de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru pentru care dețin dovada de evaluare;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical;

e) să livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandării medicale să nu sufere modificări, în condițiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă și predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor de închiriere, prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale care trebuie să fie aceleași cu cele din lista prețurilor de vânzare cu amănuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări sociale de sănătate prezentată la contractare, însoțite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății și/sau de declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz;

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

h) să emită, în vederea decontării și să depună la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută la art. 7 alin. (1) dar nu mai târziu de 30 de zile de la predarea dispozitivului, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarația privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele medicale fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate atât înainte, cât și după protezarea auditivă, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, fotoliile rulante și aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparținătorului acestuia (membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal), cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă, curierat, transport propriu sau închiriat și primirea la domiciliu. Cheltuielile cu transportul

dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale sau la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor;

i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora;

k) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații.

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

m) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului 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 CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de dispozitive medicale acordate pe teritoriul României, și au obligația să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale documentele justificative care atestă dispozitivele medicale acordate pentru această categorie de persoane;

n) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și au obligația să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate, precum și documentele care au deschis dreptul la dispozitive medicale;

o) să respecte toate prevederile legale în vigoare privind certificarea dispozitivelor medicale, prezentând în acest sens casei de asigurări de sănătate cu care încheie contract, documentele justificative.

p) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului și dovada asigurării de răspundere civilă pentru furnizor - atât pentru sediul social cât și pentru punctele de lucru precum și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la

furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia.

q) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării dispozitivelor medicale; dispozitivele medicale eliberate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalități de plată

ART. 7 (1) 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.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

ART. 8 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță și bon fiscal sau, la cererea asiguratului și factură.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul cel mai mic de vânzare cu amănuntul. 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 stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță și bon fiscal sau, la cererea asiguratului, și 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 a acestui dispozitiv medical, stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate decontează, 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 stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui

Casei Naționale de Asigurări de Sănătate casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare.

ART. 9 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorului, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor.

Factura emisă de furnizor este însoțită de copia certificatului de garanție, declarația privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele efectuate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, de confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparținătorului acestuia (membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal), cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă, curierat, transport propriu sau închiriat și primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate atât înainte, cât și după protezarea auditivă. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate. 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.

(2) 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.

(3) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenție chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru același furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive.

(4) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după

protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(6) 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.

(7) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

(8) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație, se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

ART. 10 Plata dispozitivelor medicale se face în contul furnizorului de dispozitive medicale nr. ..... deschis la Trezoreria statului.

ART. 11 Decontarea dispozitivelor medicale se face în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesare a fi depuse în vederea decontării.

Validarea documentelor de către casele de asigurări de sănătate se face în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii acestora.

VII. Răspunderea contractuală

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

VIII. Clauză specială

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

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

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

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

IX. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

ART. 14 Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării, următoarelor situații:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale;

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

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) la doua constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligațiile contractuale prevăzute la art. 6 lit. a), b), c), d), g), i), k), l);

e) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 6 lit. e), h) și j);

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea dispozitivelor medicale raportate în vederea decontării și cele de evidență financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcțiune și service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate, precum și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

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

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:

a1) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;

a2) încetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

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.

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 16 alin. (1) lit. d) cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului și a retragerii avizului de funcționare a acestuia;

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

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

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

c) nerespectarea de către furnizori a termenelor de plată a contribuției la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

d) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 111 alin. (1) lit. a), b) și c) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și nerespectarea obligației prevăzută la art. 6 lit. p) cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/retragerii/revocării acestuia.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale acordate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestora atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 17 Situațiile prevăzute la art. 14 și art. 15 alin. (1) lit. a) și c) se constată din oficiu de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situația prevăzută de art. 15 alin. (1) lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

ART. 18 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 6 lit. e), h) și j), suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 6 lit. a), b), c), d), g), i), k) și l) se diminuează cu 30% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

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

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

(5) Sumele încasate la nivelul casei de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

X. Corespondența

ART. 19 Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin ..... zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

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

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

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa

Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze:

.....

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE
Președinte - director general,	Reprezentant legal,
....	

Director executiv al Direcției economice,

.....

Director executiv al Direcției relații contractuale,

.....

Vizat

Juridic, Contencios

.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, actul de înființare nr. ..... conform prevederilor legale în vigoare.
- Codul unic de înregistrare nr. .....,
- Certificat de înscriere de mențiuni, cu evidențierea reprezentantului legal și a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activități pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate
- Contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr. ....., deschis la Banca .....,
- Dovada de evaluare pentru sediul social nr. ...../data ..... valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada de evaluare pentru fiecare punct de lucru nr. ...../data ....., valabilă la data încheierii contractului;
- Certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emis/emise de Ministerul Sănătății și/sau declarația/declarațiile de conformitate CE emisă/emise de producător (traduse de un traducător autorizat), după caz .....,
- Avizul de funcționare emis, după caz, de Ministerul Sănătății,
- Dovada de răspundere civilă în domeniul medical nr. ....., pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;

- Lista prețurilor de vânzare cu amănuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele prevăzute în contractul de furnizare de dispozitive medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Dovada plății contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare
- Programul de lucru:
  - sediul social (după caz) .....
  - punctul de lucru .....
- Cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....
- Copie după actul constitutiv
- Împuternicire legalizată nr. ..... pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz
- Copie buletin/carte de identitate a reprezentantului legal/împuternicitului furnizorului și datele de contact ale acestuia.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 35
- model -

Casa de Asigurări de Sănătate .....
Decizia nr. ..... din data .....
Președintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate .....
Având în vedere:
- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- prevederile H.G. nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare;
Văzând cererea nr. ..... înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în data de ..... depusă de beneficiar, nume și prenume ..... sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP, Adresă completă, telefon) ..... beneficiar domiciliat în ..... CNP ..... actul nr. ..... prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, prescripția medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale eliberată de medicul specialist dr. ....., din unitatea sanitară ....., declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;
În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea președintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. .....
DECIDE
ART. 1 Se aprobă procurarea/închirierea următorului dispozitiv medical destinat recuperării unor deficiențe organice sau funcționale
.....
.....
pe o perioadă de ..... termen de înlocuire de ..... pentru numitul ..... .
ART. 2 Prețul de referință/suma de închiriere suportat/ă de către Casa de Asigurări de Sănătate ..... este: .....
ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de ..... zile calendaristice de la data de .....
ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Dată azi ..... .

Președinte-Director General, Viza juridic - contencios

Viza CFP

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE EVALUAȚI AFLAȚI ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

.....

CARE FURNIZEAZĂ/ÎNCHIRIAZĂ DISPOZITIVUL

MEDICAL ..... TIP .....

Furnizor de dispozitive medicale	Adresă completă sediu social (adresă, telefon, fax, pagină web)	Adresă completă punct de lucru
1		
2		
...		

ANEXA 35 A
- model -

ANEXĂ LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII ȘI INCONTINENȚĂ URINARĂ NR. ...../.....

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- CAS va ștampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane;
- În cazul expedierii prin poștă a talonului, coloana C6 nu se completează, luându-se în considerare documentele ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu;

Nr. talon	Luna	Nume și prenume CNP	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA 35 B
- model -

ANEXĂ LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE ȘI A APARATELOR PENTRU ADMINISTRAREA CONTINUĂ CU OXIGEN NR. ...../.....

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- CAS va ștampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane;

Nr. talon	Luna	Nume și prenume CNP	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA 35 C
- model -

RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate (inclusiv medicina de familie) , unitatea sanitară cu paturi (spitalul) .....
Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....
Nume, prenume medic ……. Cod parafă medic
.....

1. Numele și prenumele asiguratului .....
2. Domiciliul .....
3. Codul numeric personal al asiguratului .....
4. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate: .....
5. Denumirea și tipul dispozitivului medical recomandat:
(din anexa nr. 32 la ordin*)
.....
.....

Ștampila furnizorului de servicii medicale

Data .....
Semnătura și parafa medicului
.....

---

*) Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

ANEXA 36
- model -

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 anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 2 (1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

a) medicii din cabinetele medicale școlare/studențești numai pentru elevi, respectiv studenți; cu domiciliul în altă localitate decât cea în care se află unitatea de învățământ respectivă;

b) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap; numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

c) medicii care acordă asistență medicală din serviciile publice specializate sau organismele private autorizate numai pentru copiii încredințați ori dați în plasament și numai în condițiile în care aceștia nu sunt înscriși pe lista unui medic de familie;

d) medicii care acordă asistență medicală din alte instituții de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea 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 psihiatrie, cabinete de planificare familială, 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 numai pentru elevi, respectiv studenți, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar.

(2) Eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

a) medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și 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 psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

e) medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice se face de către:

a) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, 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 finanțate de la bugetul de stat.

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2012.

IV. Obligațiile părților

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze medicii cu care încheie convenții asupra condițiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice și/sau prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu;

b) să controleze medicii privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul prezentei convenții;

c) să țină evidențe distincte ale formularelor de prescripții medicale cu regim special, distribuite medicilor cu care a încheiat convenții, precum și a prescripțiilor medicale eliberate de aceștia;

d) să monitorizeze zilnic consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta conform criteriilor din sistemul informatic unic integrat;

e) să monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții;

f) să monitorizeze lunar investigațiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții.

ART. 4

Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau care eliberează prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

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

c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberării biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau a eliberării prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală;

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

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

g) să prescrie medicamente în următoarele condiții:

- medicii din cabinetele medicale școlare și studențești prescriu medicamente în caz de urgență medicală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile, numai pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință; medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris;

- medicii de medicină dentară și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile și numai ca o consecință a actului medical propriu;

- medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt 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 psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, conform specializării și numai ca o consecință a actului medical propriu;

- medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

V. Încetarea și rezilierea convenției

ART. 5 Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberează prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligațiilor asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

c) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

d) refuzul medicului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, potrivit prezentei convenții, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

e) constatarea de prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguraților în tratamentul ambulatoriu, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare în domeniul sănătății, inclusiv prescrieri fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul.

ART. 6 Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații;

a1) 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;

a2) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul care a încheiat convenția;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul medicului;

a5) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) 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;

ART. 7 Situațiile prevăzute la art. 5 și la art. 6 lit. a) subpct. a2), a4) și a5) 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) subcpt. a1), 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 5 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
Preşedinte - director general,
.........................................
Medic
.........................................
                Vizat
        Juridic, contencios
------------
```

*) 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 psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pentru medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat, modelul de convenție se va adapta în sensul încheierii convenției între casa de asigurări de sănătate și unitatea sanitară în care își desfășoară activitatea medicii din structurile anterior menționate.

Pentru medicii din cabinetele medicale școlare și studențești finanțate de la bugetul de stat, convenția se încheie între casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi.

Medicii menționați în prezenta anexă, încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care își desfășoară activitatea medicii respectivi.

ANEXA 37
- model -

CONVENȚIE
privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești (recomandare de internare), formular cu regim special unic pe țară

I. PĂRȚILE CONVENȚIEI

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

și

- Unitatea medico-socială ....., reprezentată prin ....., cu autorizație sanitară de funcționare nr. ..... din ....., având sediul în municipiul/orașul/comuna ....., str. ..... nr. ...., județul/sectorul ....., telefon .....

- Unitatea sanitară cu paturi ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentat prin ....., având actul de înființare sau de organizare nr. ....., autorizația sanitară de funcționare nr. ....., dovada de evaluare nr. ....., codul unic de înregistrare ..... și contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca ....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, valabilă pe toată durata derulării convenției nr. .....

- Cabinet de medicina muncii (indiferent de forma de organizare) ..... reprezentat prin ....., cu autorizație sanitară de funcționare nr. ..... din ....., având sediul în municipiul/orașul/comuna ....., str. ..... nr. ...., județul/sectorul ....., telefon .....

- Centre de dializă privată aflate în relație contractuală cu CNAS....., prin contractul nr....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentat prin ....., codul unic de înregistrare ..... și contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....

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 anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

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 psihiatrie 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 medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

B. Medicii din unitatea medico-socială:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

C. Medicii din cabinetul de medicina muncii:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

D. Medicii din centrele de dializă privată aflate în relație contractuală cu CNAS

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 2012.

IV. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze spitalele, unitățile medico-sociale și cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private 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 internare eliberate de medicii din unitățile medico-sociale, de medicii din cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private și de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, cu care a încheiat convenții.

ART. 4 Unitățile medico-sociale, cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private și furnizorii de servicii medicale spitalicești au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de internare 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 internare pentru servicii medicale spitalicești;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului;

f) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web.

V. ÎNCETAREA ȘI REZILIEREA CONVENȚIEI

ART. 5 Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor 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/cabinetul de medicina muncii/ centrul de dializă privat/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 internare pentru servicii medicale spitalicești, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării;

e) refuzul furnizorului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare potrivit prezentei convenții, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

ART. 6 Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații;

a1) furnizorul se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;

a2) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentiști din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) 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. a) subpct. a2) 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) subpct. a1), 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 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție, să notifice celeilalte părți schimbarea survenită.

VII. MODIFICAREA CONVENȚIEI

ART. 9 În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate Președinte - director general,	Unitatea medico-socială/ Unitate sanitară cu paturi/ Cabinet de medicina muncii/ Centrul de dializă privat Reprezentant legal

Vizat
Juridic, contencios

NOTĂ:

Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de internare de către medicii din unitățile medico-sociale sau de către medicii din cabinetele de medicina muncii sau de către medicii din centrele de dializă private sau de către medicii din dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structu centrele de dializă private a spitalului ca unități fără personalitate juridică.

Pentru medicii menționați în prezenta anexă se încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care își desfășoară activitatea medicii respectivi.

ANEXA 38

- MODEL -

Denumire Furnizor .....
Medic .....
Contract/convenţie nr. .....
CAS .....

SCRISOARE MEDICALĂ*)

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că ....., născut la data de ....., CNP ....., a fost consultat în serviciul nostru la data de ..... nr. F.O./nr. din Registrul de consultaţii .....

Motivele prezentării .....

.....

Diagnosticul:

.....

.....

.....

.....

Anamneza:

.....
- factori de risc
.....

.....
Examen clinic:
- general
.....

.....
- local
.....

.....
Examene de laborator:
- cu valori normale
.....

.....
- cu valori patologice
.....

.....
Examene paraclinice:
EKG
.....
ECO
.....

Rx
.....
Altele
.....

.....
Tratament efectuat:

.....

.....

.....
Alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului:

.....

.....

.....
Tratament recomandat (în situaţia în care la externarea din spital se eliberează prescripţie medicală se va înscrie seria și numărul acesteia):
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(cu viza Unităţii judeţene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate judeţeană de diabet zaharat:	
Nr. înregistrare a asiguratului:	

Data .....

Semnătura și parafa medicului
.....

Calea de transmitere:
- prin asigurat
- prin poștă .....

---

*) Scrisoarea medicală se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația/serviciul, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

ANEXA 39 A

LISTA AFECȚIUNILOR CRONICE* PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚA DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE, MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU*****

A. Afecțiuni incluse în Programele Naționale de Sănătate:
1. Afecțiunile oncologice
2. Diabetul zaharat
3. Starea posttransplant
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader-Willi)
5. Insuficiența renală cronică - dializă
B. Afecțiuni cronice pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS
1. Proceduri intervenționale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent) (G3)
2. Hepatita cronică de etiologie virală B, C și D (G4)
3. Ciroza hepatică (G7)
4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)
5. Epilepsie (G11)
6. Boala Parkinson (G12)
7. Scleroza multiplă (G14)
8. Demențe degenerative, vasculare, mixte (G16)
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine) (G22)
10. Boala Gaucher (G29)
11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)
12. Poliartrita reumatoidă (G31b)
13. Artropatia psoriazică (G31c)
14. Spondilita ankilozantă (G31d)
15. Artrita juvenilă (G31e)
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)
C. Alte afecțiuni cronice
1. Boală cronică de rinichi - fază de predializă (G25)
NOTĂ:
* În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte;
** Evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate;
*** Evidența cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

ANEXA 39 B
- MODEL -

Aviz,
Direcția de Sănătate Publică .....
Director .....
Data .....

Denumirea furnizorului .....
.....
Sediul social/Adresa fiscală .....
.....

DECLARAȚIE DE PROGRAM

punct de lucru .....
.....

Subsemnatul(a), ... B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate ..... se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediu social									
Punct de lucru*									
.....									

* se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)
.....

ANEXA 39 C
- MODEL -

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....
Localitatea: .....
str. ..... nr. .... tel./fax .....

NOTIFICARE

Către:

Furnizorul ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ...., ap. ....., sector/județ ....., înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale/Registrul Comerțului sub nr. ....., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., tel./fax ....., cont nr. ..... deschis la ..... și sediul punctului secundar de lucru în ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ...., ap. ....., sector/județ ....., tel./fax ....., reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal.

Prin prezenta vă notificăm:

rezilierea [ ]
încetarea [ ]
suspendarea [ ]

contractului/convenției de furnizare de servicii medicale/medicamente/dispozitive ..... cu nr. ...../..... începând cu data de ....., având în vedere: ..... (descrierea pe scurt a situației de fapt) și în temeiul dispozițiilor art. nr. ..... din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare, dispozițiilor art. nr. ..... din anexa nr. ..... la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare.

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

Director executiv al Direcției economice,
.....

Director executiv al Direcției relații contractuale
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

ANEXA 40

DISPOZIȚII GENERALE

1. Formularele cu regim special care se întocmesc în 3 exemplare - bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, biletele de internare, prescripțiile medicale vor avea inscripționat codul de bare aferent seriei și numărului formularelor respective.

2. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de internare, prescripții medicale - formulare cu regim special pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar, codului de parafă al medicului și numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

3. Toți furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligația să dețină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.

4. Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezența la program pentru personalul de specialitate care își desfășoară activitatea la aceștia, trebuie să fie în concordanță cu programul de activitate depus la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării.

5. În situația în care furnizorii utilizează un alt program informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat.

6. Modelul de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice, paraclinice și pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

7. Formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate, pe care furnizorii au obligația să le completeze corect și la zi includ și evidențele electronice ale bolnavilor cronici.

8. Furnizorii de servicii medicale au obligația să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform unui buget orientativ, al cărui mecanism de aplicare se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile care stau la baza mecanismului se stabilesc de către o comisie mixtă formată din reprezentanți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și reprezentanți ai medicilor;

9. După finalizarea proiectului informatic e - Prescriere, toți furnizorii de servicii medicale și medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau, respectiv, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, au obligația să utilizeze acest sistem.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

MONITORUL OFICIAL

„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)
Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, internet: www.monitoruloficial.ro
Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.70, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72
Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

5 948368 589391

Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 922 bis/27.XII.2011 conține 438 de pagini. Prețul: 175,20 lei **ISSN** 1453—4495

Acest număr al Monitorului Oficial al României a fost tipărit în afara abonamentului.