

NORME METODOLOGICE din 30 mai 2014

de aplicare în anul 2014 a [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015

EMITENT

- MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
- CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Publicat în [MONITORUL OFICIAL nr. 403 bis din 30 mai 2014](#)

Data intrării în vigoare 01-06-2014

Formă consolidată valabilă la data 01-01-2015

Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 01-01-2015 până la data de 31-03-2015

Abrogat de Articolul 2 din ORDIN nr. 388 din 31 martie 2015 la data 01-04-2015

Notă CTCE

*) Notă CTCE:

Forma actualizată a acestui act normativ până la data de 01 Ianuarie 2015 este realizată de către Departamentul juridic din cadrul S.C. "Centrul Teritorial de Calcul Electronic" S.A. Piatra-Neamț prin includerea tuturor modificărilor și completărilor aduse de către [RECTIFICAREA nr. 619 din 30 mai 2014](#) publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 16 iunie 2014; [ORDINUL nr. 723 din 19 iunie 2014](#); [RECTIFICAREA nr. 619 din 30 mai 2014](#) publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 462 din 24 iunie 2014; [RECTIFICAREA nr. 619 din 30 mai 2014](#) publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 505 din 8 iulie 2014; [ORDINUL nr. 1.234 din 22 octombrie 2014](#); [ORDINUL nr. 1.478 din 9 decembrie 2014](#).

Conținutul acestui act aparține exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamț și nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat pentru informarea utilizatorilor.

Notă CTCE

*) Notă CTCE:

Potrivit [art. II din ORDINUL nr. 723 din 19 iunie 2014](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 454 din 20 iunie 2014, prezentul ordin se aplică începând cu luna iunie 2014 și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Notă CTCE

*) Notă CTCE:

Potrivit [art. I din ORDINUL nr. 1.478 din 9 decembrie 2014](#) publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 944 din 23 decembrie 2014, "Se prelungeste până la data de 31 martie 2015 aplicarea prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 403 și 403 bis din 30 mai 2014, cu modificările și completările ulterioare (...)".

Notă

**) Aprobate prin [Ordinul nr. 619/360/2014](#) publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 403 din 30 mai 2014.

Anexa 1

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII

MINIMAL ȘI DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1 servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;

1.2 supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic;

- 1.3 consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lehoziei;
- 1.4 consultațiile de planificare familială;
- 1.5 servicii de prevenție;
- 1.6 activități de suport.

Primul paragr. al pct. 1 de la lit. A a anexei 1 a fost modificat de pct. 1 al [art. I din ORDINUL nr. 1.478 din 9 decembrie 2014](#) publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 944 din 23 decembrie 2014.

1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din [Legea nr. 95/2006](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

1.1.2. Pentru persoanele beneficiare de pachet minimal înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, în aceleași condiții ca și pentru persoanele beneficiare de pachet minimal înscrise pe lista proprie.

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

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

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

1.2. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la [H.G. nr. 1186/2000](#) pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare.

1.2.1: Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată.

1.3. Consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lehoziei:

- a)** luarea în evidență în primul trimestru;
- b)** supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

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

- c)** supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
- d)** urmărirea lehoziei la externarea din maternitate - la domiciliu;
- e)** urmărirea lehoziei la 4 săptămâni de la naștere;

1.3.1. În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, precum și consiliere pre și post testare HIV și lues a femeii gravide.

NOTĂ: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

1.4. Consultațiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială constau în:

- a)** consilierea persoanei privind planificarea familială;
- b)** indicarea unei metode contraceptive.

1.4.1: Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b); se decontează două consultații pe an calendaristic, pe persoană.

1.5. Serviciile de prevenție-consultație preventivă și evaluarea clinică:

a) consultația preventivă pentru persoanele în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate - o dată la 3 ani, care cuprinde:

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

Consultația se poate efectua la solicitarea persoanei beneficiare de pachet minimal sau la solicitarea medicului de familie, în luna în care este născută persoana neasigurată - pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista medicului de familie;

b) evaluarea periodică clinică a evoluției pentru bolnavii cu afecțiuni cronice - anual, în limita competențelor, și cuprinde: sfat medical, recomandări regim igienico-dietetic și alte activități care nu se finalizează cu eliberarea de prescripții medicale sau prescrierea de investigații medicale paraclinice.

Subpct. 1.5 al pct. 1 de la lit. A a anexei 1 a fost modificat de pct. 2 al art. I din ORDINUL nr. 1.478 din 9 decembrie 2014 publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 944 din 23 decembrie 2014.

1.6. Activitățile de suport - eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.

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

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport altele decât cele de la pct. 1.6.

B. PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale curative pentru urgențe medico-chirurgicale, afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice și pentru afecțiuni cronice

1.2. servicii medicale de prevenție și profilaxie

1.3. servicii medicale la domiciliu

1.4. servicii medicale adiționale

1.5. activități de suport

1.1. Servicii medicale curative pentru urgențe medico-chirurgicale, afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice și pentru afecțiuni cronice

1.1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din [Legea nr. 95/2006](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu.

1.1.1.2. Pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

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

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet sau la domiciliu pacientului în cadrul programului pentru consultații la domiciliu.

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

1.1.2. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice, care cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general;

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare;
- manevre de mică chirurgie, după caz;
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic, precum și instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- bilet de trimitere pentru consultație la medicul de specialitate din ambulator sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie;
- recomandare pentru tratament de reabilitare medicală în ambulatoriu sau în sanatorii balneare, după caz;
- recomandare pentru tratament de recuperare în sanatorii și preventorii, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, după caz;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;

1.1.2.1: Consultațiile la cabinet pentru afecțiuni acute/subacute sau acutizările unor afecțiuni cronice se vor acorda conform recomandărilor medicale, iar la domiciliu se au în vedere și prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecțiuni cronice/asigurat se decontează maxim două consultații.

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

1.1.3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru:

- a)** supravegherea evoluției bolii;
- b)** continuitatea terapiei;
- c)** screeningul complicațiilor;
- d)** educația asiguratului privind autoîngrijirea.

1.1.3.1: Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic și în condițiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecțiunile cronice/asigurat se decontează o consultație pe lună.

1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astmul bronșic; boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC); boala cronică de rinichi.

1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

- a)** Evaluarea inițială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include: 4 consultații la medicul de familie - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului; recomandare pentru investigații paraclinice; bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;
- b)** Monitorizarea pacientului se face trimestrial și cuprinde 1-3 consultații programate care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament.

1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în:

- evaluarea afectării organelor țintă;
- stratificarea nivelului de risc;
- stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice; inițierea intervențiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor țintă specifice cazului.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde:

- anamneza;
- examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, ascultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA;
- bilet de trimitere pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice în vederea efectuării: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinina serică, microalbuminurie, EKG;

Intervențiile de modificare a riscului includ:

- sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică;
- intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viață și /sau terapie medicamentoasă;
- educație pentru auto - îngrijire.

NOTĂ: Pentru inițierea și ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice.

b. Monitorizare activă a pacientului nou cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, cuprinde:

- bilanțul periodic al controlului terapeutic - trimestrial;
- evaluarea evoluției afecțiunii - screening-ul complicațiilor/ afectarea organelor țintă - semestrial;
- tratament/ajustarea medicației - lunar /trimestrial.

NOTĂ: Pentru tratamentul și ajustarea medicației cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ:

- examen clinic în cabinetul medicului de familie;
- bilet de trimitere - management de caz - semestrial/anual, pentru investigații paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică, microalbuminurie, EKG, dozare proteină urinară, în funcție de nivelul de risc;
- bilet de trimitere - management de caz - semestrial /anual în funcție de nivelul de risc pentru consultație de specialitate la cardiologie, medicină internă, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, oftalmologie, nefrologie;
- sfaturi igienico-dietetice și educație pentru auto - îngrijire.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

I. Nivel de risc scăzut: SCORE <1 plus 155 < LDL-C <190 mg/dl și/sau 140/90 < TA < 160/99 (TAS și/sau TAD)

II. Nivel de risc mediu: SCORE < 5 plus LDL-C > 70 mg /dl și/sau 160/90 < TA < 179/109 și/sau 1-2 FRS

III. Nivel de risc înalt și foarte înalt : SCORE >5 și/sau LDL-C >100 mg /dl și/sau TA > 180/110, și/sau afectarea organelor țintă, și/sau boală renală și/sau prezența concomitentă a DZ și/sau ≥ 3 FRS

Pentru nivelul de risc scăzut consultația de monitorizare și biletele de trimitere se acordă anual, pentru celelalte niveluri de risc se acordă semestrial.

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în:

- stratificarea nivelului de severitate
- întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și inițierea terapiei

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde:

- anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial
- examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, ausculție și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități
- trimitere pentru investigații paraclinice/explorări funcționale: hemoleucogramă completă, spirometrie, peak-flowmetrie, radiografie pulmonară;
- trimitere pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz;

Inițierea intervențiilor terapeutice include:

- sfaturi pentru modificarea stilului de viață: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;
- pentru astm bronșic - ținta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile:
- astm bronșic controlat - limitarea simptomelor diurne și a consumului de beta2 agonist la nevoie în ≤ 2 ocazii /săptămână, absența simptomelor nocturne, fără limitarea activității, funcție pulmonară normală, absența exacerbărilor;

- astm bronșic parțial controlat - limitarea simptomelor diurne și a consumului de beta2 agonist la nevoie în > 2 ocazii /săptămână, prezența simptomelor nocturne, funcție pulmonară < 80% din valoarea cea mai bună (sau prezisă), cu limitarea activității, cu una/mai multe exacerbări în ultimul an;

- astm bronșic necontrolat - trei sau mai multe caracteristici de astm bronșic parțial controlat prezente în orice săptămână plus o exacerbare

Inițierea medicației la pacientul nou diagnosticat se face cu medicație de treapta II sau III, funcție de intensitatea simptomelor.

- pentru BPOC - ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

- toți pacienții: educație intensivă pentru renunțare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viață, vaccinare antigripală;

- toți pacienții cu BPOC confirmați spirometric și încadrați în stadiul de severitate I - II cu dispnee

- inițiere terapie de linia I (bronhodilatator cu durată scurtă de acțiune - uneori) sau de linia II (bronhodilatator cu durată lungă de acțiune - dacă este necesar)

- bilet de trimitere la medicul de specialitate - pacienții cu BPOC confirmați spirometric și încadrați în stadiul de severitate III și IV pentru inițiere terapie combinată respectiv oxigenoterapie sau/și pacienți cu suspiciune de BPOC, pentru confirmare diagnostică.

b. Monitorizarea activă a cazului nou luat în evidență cuprinde:

- reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii și identificarea eventualelor cauze de control inadecvat - trimestrial;

- educația pacientului privind boala, evoluția ei, înțelegerea rolului diferitelor clase de medicamente și a utilizării lor, înțelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunțarea la fumat - semestrial;
- evaluarea complianței la tratament și ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor
- lunar/trimestrial.
- astm bronșic - ținta terapeutică - controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile.
- BPOC - ținta terapeutică - renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii și prevenirea exacerbărilor.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ:

- anamneza, factori declanșatori cauze de control inadecvat;
- examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități;
- evaluarea riscului de exacerbare a BPOC;
- bilet de trimitere - management de caz - semestrial/anual, în funcție de severitate - pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru stabilirea severității/nivelului de control și monitorizarea evoluției astmului bronșic și BPOC: spirometrie, hemoleucogramă completă și dacă se suspectează complicații - radiografie pulmonară, după caz.

- bilet de trimitere - management de caz - semestrial/anual, în funcție de severitate - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz.

Pentru nivelul de severitate scăzut (I și II) consultația de monitorizare și biletele de trimitere se acordă anual, pentru celelalte niveluri de severitate (III și IV) se acordă semestrial.

Educația pacientului: sfaturi pentru modificarea stilului de viață: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere/ vaccinare antigripală

Evaluarea complianței la recomandările terapeutice, cu atenție sporită la complianța la medicamente și verificarea la fiecare vizită a înțelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente și a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în:

- evaluarea gradului de risc în funcție de filtratul glomerular, albuminurie și boala renală primară;
- stabilirea obiectivelor terapeutice și întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) și inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde:

- anamneză (antecedente familiale și personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectării renale și al și comorbidităților relevante);
- examen clinic complet;
- bilet de trimitere pentru investigații paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, examen sumar de urină, albumină/creatinină urinară, ecografie de organ - renală;
- bilet de trimitere pentru consultație de specialitate la nefrolog a pacienților cu risc mediu-mare (raport albumină/creatinină peste 300mg/g, eRFG mai mic de 45mL/min sau hematurie microscopică de cauză non-urolologică), hipertensiune arterială necontrolată.

Inițierea terapiei include:

- consiliere pentru schimbarea stilului de viață: renunțare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică;
- tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului eRFG și al dislipidemie, după caz;
- educația pacientului pentru auto-îngrijire.

b. Monitorizarea activă a cazului nou luat în evidență:

- bilanțul periodic al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină urinară, declin eRFG): anual - la asigurații cu risc minim sau mic și semestrial - la asigurații cu risc mediu;
- revizuirea medicației (medicamente, doze): anual - la asigurații cu risc minim sau mic și semestrial la asigurații risc mediu;
- evaluarea aderenței la programul terapeutic (dietă, medicație);
- bilet de trimitere - management de caz - semestrial pentru investigații paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, albumină/creatinină urinară;
- bilet de trimitere - management de caz - semestrial pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie.

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice, sunt:

1.2.1. Consultațiile preventive sunt consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani privind:

- creșterea și dezvoltarea;
- starea de nutriție și practicile nutriționale;

c. depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă și sex, conform Anexei 2 C la ordin.

1.2.1.1: Frecvența efectuării consultațiilor se va realiza după cum urmează:

- a)** la externarea din maternitate și la 1 lună - la domiciliul copilului;
- b)** la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;
- c)** o dată pe an de la 4 la 18 ani.

1.2.2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

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

1.2.2.1: În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, precum și consiliere pre și post testare HIV și lues a femeii gravide.

NOTĂ: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală - fără semne de boală - se va realiza după cum urmează:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani - o dată la 3 ani, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform Anexei 2 C la ordin. Se decontează maxim 2 consultații/asigurat în anul în care se realizează evaluarea riscului individual. Pentru persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani depistate cu risc înalt, consultațiile preventive de evaluare se acordă anual, conform prevederilor de la punctul 1.2.3.2. și se decontează maxim 2 consultații/asigurat, anual.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani, anual - pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform Anexei 2 C la ordin. Se decontează maxim 2 consultații/asigurat, anual.

1.2.4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la [H.G. nr. 1186/2000](#) pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare.

1.2.4.1: Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

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

1.2.5.1.: Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b); se decontează maxim două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

1.3. Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie asiguraților înscrși pe lista proprie sunt consultații acordate în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu, asiguraților nedeplasabili, copiilor 0-1 an, copiilor cu vârsta 0-18 ani cu boli infecto-contagioase, lehezilor și persoanelor în vederea constatării decesului.

1.3.1.: Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie, se decontează astfel: maxim 2 consultații pentru fiecare episod acut / subacut / acutizări ale bolilor cronice, maxim 4 consultații/an pentru bolile cronice și o consultație pentru fiecare situație de urgență. Informațiile medicale se înregistrează în fișa medicală.

1.3.2.: Consultațiile acordate la domiciliul asiguraților - maximum 21 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de 3 consultații pe zi.

NOTĂ: consultațiile la domiciliu se consemnează în "caietul de consultații la domiciliu", care va conține data și ora consultației, numele, prenumele, semnătura asiguratului sau aparținătorului după caz, seria și numărul documentului eliberat, după caz (prescripție medicală, bilet de trimitere, bilet de internare).

1.4. Serviciile medicale adiționale reprezintă servicii care se oferă opțional în cabinetele medicilor de familie, exclusiv asiguraților de pe lista proprie. Aceste servicii sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare, iar medicul de familie are competență dobândită prin parcurgerea unui program educațional specific, certificat suplimentar, după caz.

1.4.1. Serviciile adiționale sunt:

- a) efectuare și interpretare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate
- b) ecografie generală - abdomen și pelvis

NOTA 1: Pentru aceste servicii se încheie acte adiționale la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor prevăzute în Anexa 20 la ordin.

Teza a doua, nota 1, subpct. 1.4.1, pct. 1, lit. B, anexa 1 a fost modificată de [RECTIFICAREA nr. 619 din 30 mai 2014](#), publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 462 din 24 iunie 2014.

NOTA 2. Numărul maxim de ecografii generale și examene EKG - efectuare și interpretare, ce pot fi efectuate și acordate într-o oră, nu poate fi mai mare de 3.

1.4.2. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății.

1.4.2.1. Aceste servicii reprezintă consultațiile ce se acordă asiguraților conform pct. 1 subpct. 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4 și pct. 1.3 și pentru care, suplimentar, după caz, se efectuează ecografie generală-abdomen + pelvis- și/sau EKG care se transmit medicilor de specialitate din ambulatoriu, în vederea interpretării.

NOTĂ: Consultația prevăzută la punctul 1.4.2. nu se decontează ca și consultație prevăzută la pct. 1 subpct. 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4 și pct. 1.3.

1.5. Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente: concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, certificat medical constatator al decesului - cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale-, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului, documente medicale eliberate pentru copii solicitate la intrarea în colectivitate conform prevederilor legale în vigoare.

NOTĂ: Activitățile de suport sunt consecință a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

C. PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII.

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A punctul 1, subpunctele 1.1 și 1.2 și la lit. B, punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. B.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2 din prezenta anexă sau de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Anexa 2

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

În asistența medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale

Articolul 1

(1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate, și plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte pentru unele servicii medicale prevăzute anexa nr. 1 la ordin, inclusiv pentru serviciile medicale acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor 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, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

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

a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a persoanelor înscrise asigurate se stabilește 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 și 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 - copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa 4 - 59 ani.

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

În acest sens medicii de familie atașează la fișa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de persoane instituționalizate - copii încredințați sau dați în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire și asistență - sau persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii.

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

2. La calculul numărului lunar de puncte "per capita" conform art. 1 alin. (2) se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie existente în ultima zi a lunii precedente. În situația 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.

Pentru medicii nou veniți care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de 3 luni - după încetarea convenției încheiată pentru maxim 3 luni, pentru prima lună de contract se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la data încheierii contractului.

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

4. Pentru un număr de 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care se contractează cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistența medicală primară este de 35 de ore pe săptămână. În situația în care numărul 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 și/sau se poate modifica în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b) cu asigurarea numărului de consultații la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1 la ordin.

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

5. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și numărul de puncte "per capita"/an depășește 18.700 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează:

- cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 18.701 - 23.000;
- cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 23.001 - 29.000
- cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 29.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă și pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ teritorială/ zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la [art. 1 alin. \(3\) de la Capitolul I din Anexa 2 la HG nr. 400/2014](#), se reduce după cum urmează:

- pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 18.700, dar nu mai mult de 23.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;
- pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 23.000 dar nu mai mult de 29.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 25%;
- pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 29.000 dar nu mai mult de 34.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 50 %;
- pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 34.000 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 75 %;

b) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială /zonă urbană - în condițiile prevederilor [art. 11 de la capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#), încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleași condiții ca și medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniți, cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) și (5) de la capitolul I din Anexa 2 la [Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#), privind numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială /zonă urbană - în condițiile prevederilor [art. 11 de la capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#), se stabilește conform lit. a).

c) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială / zonă urbană - în condițiile prevederilor [art. 14 capitolul I din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#), chiar dacă la sfârșitul celor 3 luni pentru care au avut încheiată convenție de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane asigurate prevăzut la art. 1 alin. (3) și alin. (5) de la capitolul I din Anexa 2 la [Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#), încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care și-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniți au obligația ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate încetează la expirarea celor 3 luni, cu excepția situațiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor art. 1 alin. (3) de la capitolul I din Anexa 2 la actul normativ mai sus menționat. Lista de persoane asigurate înscrise care se ia în calcul pentru continuarea relației contractuale este cea prezentată de medicul de familie la sfârșitul celor 3 luni. Dacă după prelungirea relației contractuale se constată, odată cu validarea listei de persoane asigurate înscrise, că nu este îndeplinită condiția privind numărul minim de persoane asigurate înscrise, contractul poate înceta în condițiile art. 1 alin. (6) de la capitolul I din Anexa 2 din actul normativ mai sus menționat. Pentru cele 3 luni de contract în care medicul nou-venit are obligația de a înscrie numărul minim de persoane asigurate prevăzut la art. 1 alin. (3) și alin. (5) de la capitolul I din Anexa 2 din actul normativ mai sus menționat, venitul se stabilește conform lit. a). Se consideră medic nou-venit într-o localitate, medicul de familie care solicită pentru prima dată intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în localitatea respectivă, inclusiv medicii care și-au desfășurat activitatea ca medici angajați într-un cabinet medical individual aflat în relație 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 situații: 1. în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93 /2008. 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 nr. 163/93/2008.

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru/ puncte secundare de lucru și un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul și pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru /punctele secundare de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărțit proporțional cu programul de lucru - exprimat în ore desfășurate la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru /punctele secundare de lucru, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 4, iar numărul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta în funcție de sporul de zonă aferent localității unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

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

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

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

În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției. Pentru cabinetele medicale individuale, în situația 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 litera B subpunctele 1.1.1, 1.1.4, 1.2.4, 1.2.5 și 1.5 cu excepția consultației la domiciliu care se finalizează prin eliberarea certificatului constatator de deces din anexa 1 la ordin, precum și consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, 1.3 și 1.4.2 de la litera B din anexa 1 la ordin care depășesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), sunt incluse în plata "per capita".

(3) Suma convenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical ajustat în funcție de gradul profesional, cu valoarea stabilită pentru un punct.

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

Font 8

Denumire serviciu medical	Frecvență/plafon	Nr. puncte
A. Pachet minimal		
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală	1 consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență	5,5 puncte/consultație
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	1 consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemoepidemic suspionată și confirmată	5,5 puncte /consultație
3. Monitorizarea evoluției sarcinii și leuziei		
a) luarea în evidență în primul trimestru;	1 consultație	5,5 puncte /consultație
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.	1 consultație pentru fiecare lună	5,5 puncte /consultație
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultații pentru fiecare lună	5,5 puncte /consultație
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte /consultație
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;	1 consultație	5,5 puncte /consultație
4. Servicii de planificare familială	2 consultații/an calendaristic/persoană	5,5 puncte /consultație
5. Eliberarea certificatului medical constatator al decesului	1 consultație la domiciliu	15 puncte /consultație
6.Servicii de prevenție		
a) consultația preventivă	1 consultație o dată la 3 ani calendaristici	5,5 puncte/consultație
b) evaluarea periodică clinică a evoluției pentru bolnavii cu afecțiuni cronice	1 consultație pe an calendaristic	5,5 puncte/consultație
B. Pachet de bază		
1. Serviciile medicale preventive și profilactice acordate asiguraților cu vârsta 0-18 ani		

a - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
b - la 1 lună - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu	15 puncte /consultație
c - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și 36 luni	1 consultație pentru fiecare din lunile nominalizate	5,5 puncte /consultație
d - de la 4 la 18 ani	1 consultație /an/asigurat	5,5 puncte /consultație
2. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei		
a) luarea în evidență în primul trimestru;	1 consultație	5,5 puncte /consultație
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.	1 consultație pentru fiecare lună	5,5 puncte /consultație
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultații pentru fiecare lună	5,5 puncte /consultație
d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte /consultație
e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;	1 consultație	5,5 puncte /consultație
3. Evaluarea riscului individual la adultul asimptomatic		
a. asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani	2 consultații/asigurat odată la 3 ani pentru completarea riscogramei	5,5 puncte /consultație
b. asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt	1-2 consultații/asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte /consultație
c. asigurați cu vârsta > 40 ani	1-2 consultații/asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte /consultație
4. Servicii medicale curative		
a. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice	2 consultații/asigurat/episod	5,5 puncte /consultație pentru consultațiile care se încadrează în prevederile de la lit. b)
b. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice	1 consultație/asigurat/lună	5,5 puncte /consultație pentru consultațiile care se încadrează în prevederile de la lit. b)
5. Servicii la domiciliu		care se încadrează în prevederile de la lit. b)
a. Urgență	1 consultație pentru fiecare situație de urgență	15 puncte /consultație
b. Episod acut/ subacut/acutizări ale bolilor cronice	2 consultații/episod	15 puncte /consultație
c. Boli cronice	4 consultații/an/asigurat	15 puncte /consultație
d. Eliberarea certificatului medical constatator al decesului	1 consultație la domiciliu	15 puncte /consultație
6. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină		care se încadrează în prevederile de la

rurală:		lit. b)
a. efectuate la cabinet	1 consultație	6 puncte /consultație
b. efectuate la domiciliu	1 consultație	15,5 puncte/consultație

Tabelul de la lit. a) a alin. (3) al art. 1 de la anexa 2 a fost completat cu poz. 6 de pct. 3 al **art. I din ORDINUL nr. 1.478 din 9 decembrie 2014** publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 944 din 23 decembrie 2014.

a.1) În raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

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

a.2) În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției. Pentru cabinetele medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului titular.

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 depăși pentru activitatea desfășurată, numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

- timpul mediu/consultație este de 15 minute;
- un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 4;

Pentru un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical, se ia în calcul o medie de 20 de consultații/zi calculată în cadrul unui trimestru, dar nu mai mult de 40 de consultații/zi.

- maxim 3 consultații la domiciliu/zi dar nu mai mult de 21 consultații pe lună.

c) Serviciile cuprinse la litera A și litera B subpunctele 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3 și 1.5 pentru consultația cu eliberarea certificatului de deces din anexa 1 la ordin, precum și consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, 1.3 și 1.4.2 din anexa 1 la ordin care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b), sunt incluse în plata pe serviciu medical, iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat în puncte.

Articolul 2

Acordarea serviciilor medicale se face în următoarele condiții:

a) medicamentele și, după caz, unele materiale sanitare prescrise trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul stabilit. Pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, se utilizează prescripția medicală electronică sau formularul de prescripție medicală cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripție medicală electronică distinctă;

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

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

Articolul 3

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

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

(2) Perioadele de absență motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/leghuzie, concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului până la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani, vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare pe an calendaristic, studii medicale de specialitate și rezidențiat în specialitatea medicina de familie, perioadă cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate. Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din situațiile menționate mai sus, cu excepția perioadei de vacanță, să depună la sediul casei de asigurări de sănătate, documentul justificativ care atestă motivul absenței.

(3) Pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare, înlocuirea medicului absent se poate face și pe bază de reciprocitate între medici, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru în funcție de necesități. Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigurări de sănătate, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, un exemplar al convenției de reciprocitate și va afișa la cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an calendaristic.

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații și formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

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

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

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

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

Articolul 4

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

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

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

(4) În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care medicul înlocuitor își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

Articolul 5

(1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfășoare activitate ca medici de familie potrivit [Legii nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare. Medicii angajați nu au listă proprie de persoane înscrise și nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și, după caz, a unor materiale sanitare se face conform prevederilor legale în vigoare, folosindu-se

ștampila cabinetului și parafa medicului angajat, respectiv semnătura electronică proprie și prescripțiile medicale ale medicului titular. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfășoară 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 angajați, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajați se poate desfășura în afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent cu acesta. Activitatea medicilor angajați în cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale în vigoare se raportează la casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal al cabinetului medical individual, conform programului de activitate al cabinetului medical individual. Programul de activitate al medicului titular cât și cel al medicului angajat/medicilor angajați trebuie să se încadreze în programul de activitate al cabinetului medical individual conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Articolul 6

Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct "per capita" și a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anul 2014 are următoarea structură:

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

2. venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei și pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, format din:

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

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

Articolul 7

Pentru calculul trimestrial al valorii definitive a unui punct per capita și pe serviciu medical, fondul anual aferent asistenței medicale primare se defalcchează pe trimestre.

Articolul 8

(1) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 3,75 lei, valabilă pentru anul 2014.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 1,9 lei, valabilă pentru anul 2014.

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

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

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

Fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv, din care se scade venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, se repartizează 50% pentru plata per capita și 50% pentru plata pe serviciu.

Articolul 9

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

(2) Suma cuvenită medicilor de familie pentru un trimestru se calculează prin totalizarea sumelor rezultate prin înmulțirea numărului de puncte "per capita" și a numărului de puncte pe serviciu medical efectiv realizate în trimestrul respectiv cu valoarea definitivă a punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical.

Articolul 10

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

Articolul 11

Persoanele înscrise care doresc să își schimbe medicul de familie și persoanele care nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie și care doresc să se înscrie, vor adresa o cerere de înscriere prin transfer/cerere de înscriere, ale căror modele sunt prevăzute în anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă, după caz. Pentru situațiile de înscriere prin transfer, medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligația să transmită fișa medicală în copie certificată prin semnătură și parafă că este conform cu originalul, prin poștă/prin asigurat, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează originalul fișei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.

Articolul 12

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

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

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

Articolul 13

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

Articolul 14

(1) În aplicarea art. 17 alin. (1) de la capitolul I din Anexa 2 la [Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#), prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înțelege absența nemotivată de la programul de lucru afișat și prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea desfășurată în cabinetul medical.

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

Articolul 15

Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, care au competența și dotarea necesară, ecografii generale (abdomen și pelvis) și EKG la tarifele și în condițiile asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

Medicii de familie pot efectua și interpreta aceste servicii numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenție de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot

efectua ecografii generale (abdomen și pelvis) numai dacă au obținut competență confirmată prin ordin al ministrului sănătății.

Numărul de investigații paraclinice contractat nu poate depăși 3 investigații pe oră, cu obligația încadrării în valoarea contractată.

Serviciile medicale paraclinice se execută în afara programului de lucru contractat pentru serviciile medicale din asistența medicală primară, astfel încât să nu fie afectat timpul alocat consultațiilor stabilit potrivit art. 1 alin. (3) lit. b), prin prelungirea corespunzătoare a programului de lucru contractat.

Articolul 16

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

Articolul 17

(1) La contractare furnizorul depune lista cu asigurații înscrși pe lista proprie a fiecărui medic de familie, aflați în evidență cu următoarele boli cronice: HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astmul bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boala cronică de rinichi, conform modelului prevăzut în anexa 2 D la ordin. Lunar se raportează modificările intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Cazurile noi depistate pe parcursul derulării contractului, cu următoarele boli cronice HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astmul bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boala cronică de rinichi pentru care se face management de caz, se raportează lunar modificările intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Anexa 2 A

Font 9

I. CERERE DE ÎNSCRIERE

- model -

Nr. înregistrare _____/_____ VIZAT*),

Unitatea sanitară

CUI

Sediu (localitate, str. nr.)

Casa de Asigurări de Sănătate

Nr. contract/convenție

Medic de familie

(semnătură și parafă)

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a) _____, cetățenie _____, C.N.P. _____

_____/cod unic de asigurare _____, _____,

data nașterii _____, 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

Declar pe propria răspundere: **)

1. că nu sunt înscris(ă) pe lista unui medic de familie. []

2. solicit înscrierea mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere deoarece:

- a survenit decesul medicului pe lista căruia sunt înscris(ă) []

- medicul de familie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate []

- a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia sunt înscris(ă) []

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:

*) Se completează cu datele unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită înscrierea, respectiv semnătura și parafa acestuia.

**) Se bifează una din situațiile în care se află asiguratul

Font 9

II. CERERE DE ÎNSCRIERE PRIN TRANSFER

- model -

Nr. înregistrare _____/_____ VIZAT*),

Unitatea sanitară

CUI

Sediu (localitate, str. nr.)

Casa de Asigurări de Sănătate

Nr. contract/convenție

Medic de familie

(semnătură și parafă)

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a) _____, cetățenie _____, C.N.P.

_____/cod unic de asigurare _____,

data nașterii _____, 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:

*) Se completează cu datele unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită transferul, respectiv semnătura și parafa acestuia.

Anexa 2 B

Font 9

Furnizor de servicii medicale

Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a)*1) 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 lista cuprinzând persoanele
înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la
Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de
furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2014 este valabilă
și conformă cu evidențele proprii existente la data de *2)

Subsemnatul(a)*3) 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 lista/listele cuprinzând
persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format
electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii
contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru
anul 2014 este/sunt valabilă/valabile și conformă/conforme cu evidențele 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, înființată potrivit Legii
societăților nr. 31/1990 republicată, cu modificările și completările ulterioare
- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare
aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie.

Data

Reprezentant legal

.....

(semnătura și ștampila)

Anexa 2 C

A. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU COPII PE GRUPE DE VÂRSTĂ ȘI SEX

Consultațiile preventive sunt consultații periodice active, oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani și au ca scop
identificarea și intervenția în tulburările de creștere și dezvoltare și în riscurile modificabile specifice pe grupe de
vârstă/sex

Evaluarea complexă a copilului pe grupe de vârstă/sex va cuprinde următoarele:

a. Consultația preventivă a nou-născutului la externarea din maternitate și la 1 lună

a1. - la externarea din maternitate:

- înregistrare, luare în evidență pentru probleme depistate la naștere;
- examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre,
dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremități, morfologie generală, evaluarea hidratații;

- evaluare alimentație, observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru alăptare eficientă;
- evaluarea condițiilor de igienă (sursă apă) și recomandări;
- verificarea efectuării în maternitate a screening-ului surdității;
- profilaxia rahitismului;
- consiliere și suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație);
- consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naționale și a vaccinurilor opționale;
- sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor și alte situații frecvente la această vârstă; consiliere și suport pentru stil de viață favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.

a2. - la 1 lună:

- măsurare: greutate (G), lungime (T), circumferința craniană - consemnare în graficele de creștere
- examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremități, morfologie generală, evaluarea hidratării;
- evaluare alimentație, observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru alăptare eficientă
- evaluarea condițiilor de igienă (sursă apă) și recomandări
- profilaxia rahitismului
- consiliere și suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație),
- consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naționale și a vaccinurilor opționale;
- sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor și alte situații frecvente la această vârstă,
- consiliere și suport pentru stil de viață favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă

b. Consultația preventivă a sugarului la vârsta de 2 și 4 luni cuprinde aceleași examinări ca la consultația de la 1 lună prevăzută la litera a.2, la care se adaugă:

- consemnare lungime și greutate pe graficele de creștere corespunzătoare și interpretarea tendințelor după scorul z (velocitatea creșterii)
- consemnare repere majore de dezvoltare motorie pe graficul pentru dezvoltarea neuropsihomotorie
- evaluarea practicilor nutriționale, întărirea mesajelor privind alăptarea și îngrijirea copilului (prevenirea accidentelor și recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere)
- profilaxia anemiei la dismaturi - prematuri începând cu vârsta de 2 luni
- identificarea eventualelor deficiente ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist. Chestionarul va fi aplicat adaptat vârstei.

Întrebări adresate părintelui:	Da	Nu	Uneori
Copilul dvs. vă privește în ochi când vorbiți cu el?	0	2	1
V-ați gândit că nu aude normal?	2	0	1
Copilul dvs. este dificil la mâncare?/ Pare lipsit de apetit?	2	0	1
Întinde mâinile să fie luat în brațe?	0	2	1
Se opune când este luat în brațe de dvs.?	2	0	1
Participă la jocul "cucu-bau"?	0	2	1
Zâmbește când dvs. îi zâmbiți? - întrebare înlocuită la 24 luni cu întrebarea:			
Folosește cuvântul "mama" când vă strigă?	0	2	1
Poate să stea singur în pătuț când este treaz?	2	0	1
Reacționează întotdeauna când este strigat pe nume?/			
Întoarce capul când este strigat?	0	2	1
Observațiile medicului de familie			
Evită privirea directă/ Nu susține contactul vizual	1	0	-
Evidentă lipsă de interes pentru persoane	1	0	-
După 24 de luni: stereotipii motorii (flutură mâinile, țopăie, merge pe vârfuri, se învârtă în jurul propriei axe, posturi inadecvate, etc.)	1	0	-

Scor

--	--	--	--

Scor	Punctaj	Nivel de risc	Recomandări
Scor	0-6	Risc minim	Nu este necesară monitorizarea ulterioară
Scor	7-9	Risc mediu	Reevaluare la vârsta copilului de 6 luni, respectiv 9 luni
Scor	10-18	Risc sever	Trimitere către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică

Medicul de familie parcurge toate întrebările, începând cu prima întrebare, va nota varianta de răspuns cea mai apropiată de comportamentul copilului menționată de către părintele/ aparținătorul / tutorele legal al copilului și completează ultimele 3 coloane ale chestionarului cu punctajul corespunzător după observarea directă a comportamentului copilul

La sfârșitul completării chestionarului efectuează adunarea scorurilor și bifează scorul în care se încadrează copilul în cauză.

Medicul de familie prezintă părintelui / aparținătorului / tutorei legal atitudinea terapeutică necesară ulterior.

În cazul în care copilul evidențiază un risc minim, nu este necesară monitorizarea ulterioară.

În cazul în care copilul evidențiază un risc mediu mediu/sever, medical explică părintelui / aparținătorului / tutorei legal necesitatea prezentării la medicul de specialitate psihiatrie pediatrică pentru evaluare complexă și stabilirea terapiei comportamentale și / sau medicamentoase.

c. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6, 9, 12, 15 și 18 luni cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca și consultația la 2 și 4 luni prevăzută la litera b, la care se adaugă:

- evaluare și consiliere privind alimentația complementară (grafic și tehnici de introducere alimente noi, asigurarea Dietei Minim Acceptabile conform OMS),
- continuarea alăptării recomandată de OMS până la vârsta de doi ani
- profilaxia anemiei la toți copiii până la 9 luni inclusiv, evaluarea dezvoltării dentiției, recomandări privind profilaxia cariei dentare, igiena orală, administrarea de fluor
- evaluare socio-emoțională
- evaluare și consiliere pentru activitatea fizică
- sfaturi de conduită pentru familie pentru: prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile frecvente la aceste vârste
- identificarea eventualelor deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului, prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist și se efectuează conform literei b. Pentru un scor care indică un risc mediu reevaluarea se face la 3 luni, până la vârsta copilului de 18 luni.

d. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani și 5 ani și cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera c., la care se adaugă:

- evaluarea practicilor nutriționale (anamneza nutrițională adresată părinților) și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos al întregii familii;
- continuă profilaxia rahitismului numai în perioadele reci ale anului (septembrie - aprilie);
- evaluarea dentiției și igiena orală, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare;
- evaluare și consiliere pentru activitatea fizică;
- evaluare și consiliere pentru dezvoltarea neuro-psiho-emoțională;
- screening-ul tulburărilor de vedere și măsurarea TA (cel puțin o dată în interval);
- sfaturi de conduită date mamelor și familiei pentru situații frecvente la această vârstă (prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile obișnuite vârstei, recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);
- identificarea eventualelor deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist; se efectuează conform literei b, la vârsta copilului de 2 ani și 3 ani.

Pentru un scor care indică un risc mediu și sever se recomandă trimiterea către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică.

e. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6 ani, 7 ani, 8 ani, 10 ani și 11 ani, cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera d., la care se adaugă:

- screening-ul obezității prin utilizarea indicelui de masă corporală - (IMC)
- evaluarea dezvoltării pubertare - scala Tanner
- mesaje de consiliere țintite pentru copii privind stilul de viață sănătos (activitate fizică, nutriție, prevenire accidente, uzul de substanțe)
- examenul de bilanț fundamental, la împlinirea vârstei de intrare în clasa pregătitoare, cu alcătuirea fișei de înscriere a copilului, care să cuprindă schema de vaccinare efectuată

f. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 12 ani, 13 ani, 14 ani, 15 ani, 16 ani și 17 ani cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera e., la care se adaugă:

- consiliere și screening ITS, după debutul vieții sexuale
- screening-ul depresiei
- informarea fetelor și părinților privind beneficiile vaccinării opționale anti-HPV
- consiliere privind stilul de viață sănătos: activitate fizică, nutriție, prevenire accidente, fumat, alcool, droguri, violență
- consiliere pentru planificare familială (adolescenți care au început viața sexuală)

B. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU ADULȚI ASIMPTOMATICI

Consultația de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate afecțiunilor cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, cancer, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii

Evaluarea complexă a riscului individual în funcție de vârstă/sex se realizează prin consultație și/investigații specifice consemnate în riscogramă.

B1. Consultații preventive de evaluare a riscului individual a adultului asimptomatic cu vârsta între 18 și 39 ani

Riscograma va cuprinde următoarele:

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)

Consemnarea statusului curent privind:

- fumatul (pachete/an)
- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat,
- activitatea fizică
- dieta
- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzute la punctul 2;
- încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
- aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;
- includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE ≥ 5 sau factori individuali crescuți)

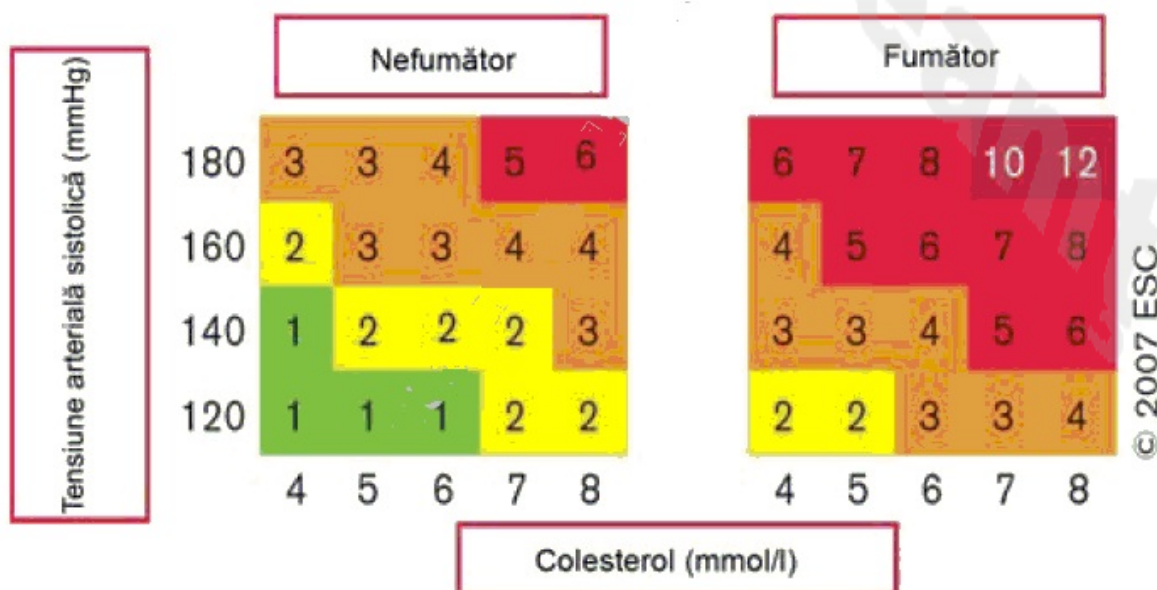
În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

1. Factorii de risc

- la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, <65 ani la femei) și/ sau boli familiale ale metabolismului lipidic
- colesterolul total și glicemia pentru persoane care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30, istoric familial de deces prematur prin boală cardiovasculară și/ sau boli familiale ale metabolismului lipidic
- creatinina serică - toate persoanele cu TA > 140/90

2. Calcularea și comunicarea riscului relativ utilizând Diagrama SCORE de mai jos:

2. Calcularea și comunicarea riscului relativ utilizând Diagrama SCORE de mai jos:



3. Intervenții asupra riscurilor modificabile:

- persoanele cu Risc SCORE <5% vor fi reevaluate după cum urmează:

o pentru persoanele cu Risc SCORE <5% și mai mare 1% - se formulează recomandări referitoare la stilul de viață; evaluarea se va realiza anual.

o pentru RCV < 1% reevaluarea riscului total se realizează o dată la 3 ani.

- persoanele cu Risc SCORE ≥5% sau nivele înalte ale unui singur factor de risc se includ în sistemul de management intensiv al riscului cardiovascular înalt (monitorizare activă prin consultații de management de caz).

NOTĂ: Sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu următoarele afecțiuni: boala cardiovasculară deja cunoscută, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronică renală sau nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară și necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultațiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă
- expunerea profesională particulară (azbest, aniline, etc) sau prin stilul de viață

2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate
- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colorectal, ovarian, etc)
- intervenții preventive scadente la populația cu risc normal:

o femei 25 - 39 ani - data ultimului test Babeș-Papanicolau

d. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

d.1. Factorii de risc:

d.1.1. antecedente personale și heredocolaterale de adicție la rudele de gradul I prin filiație directă

d.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizând chestionarul standardizat cu 3 întrebări pentru depistarea consumului problematic de alcool.

Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)

Întrebări:

1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
- d. 2-3 ori pe săptămână - 3 puncte
- e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

(*) o băutură standard conține 12g alcool pur și este echivalenta cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de țărâie a 40ml)

- a. una sau două - 0 puncte
- b. trei sau patru - 1 punct
- c. cinci sau șase - 2 puncte
- d. șapte sau nouă - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. lunar - 2 puncte
- d. săptămânal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 - la bărbați și 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 întrebări indică un consum inadecvat.

d.2. Identificarea persoanelor cu risc înalt de depresie utilizând chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei de mai jos

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-ați pierdut interesul sau plăcerea pentru activitățile obișnuite în ultima lună? ☐ DA ☐ NU

2. V-ați simțit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună? ☐ DA ☐ NU

Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie și impune trimiterea la consultații de specialitate de psihiatrie.

2. În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool și riscul de depresie

3. Intervenții asupra riscurilor:

- Sfat minimal în ceea ce privește consumul inadecvat de alcool

- Selectarea cazurilor eligibile și trimitere pentru consiliere și consultații de specialitate

e. Identificarea unor riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii

e.1. Obiective:

- evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (18-39 ani)
- planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (18-39 ani)
- evitarea riscurilor de infecții de boli cu transmitere sexuală la populația cu risc înalt

e.2. În riscogramă vor fi consemnate:

- la femei 18-39 ani: statusul privind intenția de sarcină, utilizarea unei metode de contracepție;
- femei și bărbați de toate vârstele: statusul privind situația de cuplu (partener stabil, partener nou, relații multiple)

e.3. Intervenție asupra riscurilor:

- femei 18-39 ani: consiliere în cabinet / planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate și nu folosesc nicio metodă contraceptivă; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifică o sarcină
- consiliere pentru comportament sexual responsabil (sex protejat)

B.2. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)

- consemnarea statusului curent privind:

o fumatul (pachete/an)

o consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat, prevăzut la punctul B1 subpunctul d.1.2.

o activitatea fizică

o dieta

- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

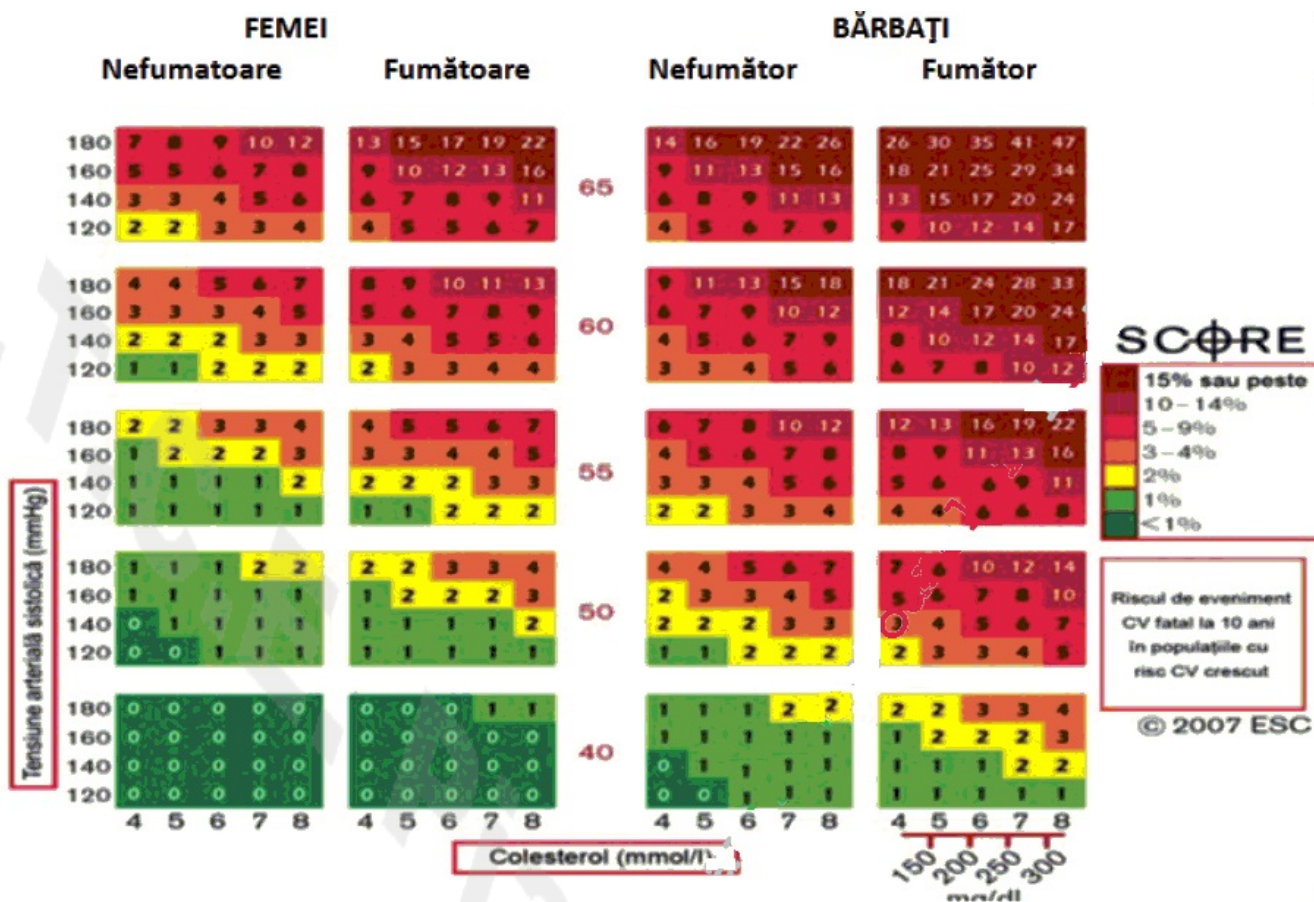
- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzută mai jos;
- încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
- aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;
- includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE ≥ 5 sau factori individuali crescuți)

- Persoane ≥ 40 ani: Risc global absolut (Diagrama SCORE - estimează riscul de eveniment cardiovascular fatal în următorii 10 ani)

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

1. Factorii de risc

- la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, < 65 ani la femei) și/ sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- colesterolul total pentru bărbații cu vârsta mai mare de 40 ani și femeile cu vârsta mai mare de 50 ani sau în post-menopauză. Repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o dată la 5 ani.
- glicemia pentru persoanele care prezintă următorii factori de risc: TA $> 140/90$, IMC > 30 istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară și/ sau boli familiale ale metabolismului lipidic
- creatinina serică - toate persoanele cu TA $> 140/90$



2. Intervenții asupra riscurilor modificabile:

- persoanele cu Risc SCORE <5% vor fi reevaluate, după cum urmează:
 - o pentru persoanele cu Risc SCORE <5% și mai mare 1% se formulează recomandări referitoare la stilul de viață evaluarea se va realiza anual.
 - o pentru RCV ≤ 1% reevaluarea riscului total se realizează odată la 3 ani.
 - persoanele cu Risc SCORE ≥ 5% sau nivele înalte ale unui singur factor de risc se include în sistemul de management intensiv al riscului cardiovascular înalt (monitorizare activă prin consultații de management de caz).
- NOTĂ: sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu următoarele afecțiuni: boala cardiovasculară deja cunoscută, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronică renală sau nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară și necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultațiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă
- expunerea profesională particulară (azbest, aniline, etc.) sau prin stilul de viață
- antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerul inclus în programele naționale de sănătate

2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate

- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colo-rectal, ovarian, etc)

- intervenții preventive scadente la populația cu risc normal:

- femei 40 - 64 ani - data ultimului test Babeș Papanicolau

d. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

d.1. Factorii de risc:

d.1.1. antecedente personale și heredo-colaterale de adicție (rudele de gradul I prin filiație directă)

d.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizând chestionarul standardizat cu 3 întrebări pentru depistarea consumului problematic de alcool.

Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)

Întrebări:

1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?

- a. niciodată - 0 puncte
 - b. lunar sau mai rar - 1 punct
 - c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
 - d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
 - e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte
2. Câte băuturi standard*) consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

*) o băutură standard conține 12 g alcool pur și este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tărie a 40 ml)

- a. una sau două - 0 puncte
 - b. trei sau patru - 1 punct
 - c. cinci sau șase - 2 puncte
 - d. șapte sau nouă - 3 puncte
 - e. zece sau mai mult - 4 puncte
3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. lunar - 2 puncte
- d. săptămânal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 la bărbați și 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 întrebări indică un consum inadecvat.

d.2. Identificarea persoanelor cu risc înalt de depresie utilizând chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei de mai jos.

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-ați pierdut interesul sau plăcerea pentru activitățile obișnuite în ultima lună ? ☐ DA ☐ NU
2. V-ați simțit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună ? ☐ DA ☐ NU

Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie și impune trimiterea la consultații de specialitate de psihiatrie.

În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool și riscul de depresie

Intervenții asupra riscurilor:

- sfat minimal în ceea ce privește consumul inadecvat de alcool
 - selectarea cazurilor eligibile și trimitere pentru consiliere și consultații de specialitate
- e. Riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii

e.1. Obiective:

- evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (40-44 ani)
- consiliere privind planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (40-44 ani)
- evitarea riscurilor de infecții de boli cu transmitere sexuală la populația cu risc înalt

e.2. În riscogramă vor fi consemnate:

- La femei 40 - 44 ani: statusul privind intenția de sarcină, utilizarea unei metode de contracepție

e.3. Intervenție asupra riscurilor:

- Femei 40 - 44 ani - consiliere în cabinet / planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate și nu folosesc nicio metodă contraceptivă; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifică o sarcină

NOTĂ: În cadrul consultației preventive conform celor de mai sus, se pot elibera bilete de trimitere în ambulatoriu pentru specialitățile clinice, bilete de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru profilaxia anemiei la gravide și a rahitismului și anemiei la sugari, utilizând codul 999 din Clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală.

Anexa 2 D

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate

Județ

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie/

Medic de specialitate din ambulatoriu

.....

(nume prenume)

CNP medic de familie/

medic de specialitate din ambulatoriu

.....

LISTA PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE/MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU

Nr. crt.	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare/ Număr de identificare personal	Vârsta*)	Data intrării în evidență medicului de familie/ medicului de specialitate din ambulatoriu
1. HTA			
1.			
2			
...			
2. Diabetul zaharat tip II			
1.			
2			
...			
3. Dislipidemie			
1.			
2			
...			
4. BPOC			
1.			
2			
...			
5. Astm bronșic			
1.			
2			
...			
6. Boală cronică de rinichi			
1.			
2			
...			

*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0 - 1 an se va completa vârsta în luni.

NOTE:

- În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.
- În cazul medicului de familie, evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.
- În cazul medicului de specialitate din ambulatoriu, 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.

4. Formularul se transmite în format electronic la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.

5. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Data:

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 societăților nr. 31/1990](#) 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

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#).

III. Servicii medicale furnizate

Articolul 2

Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază și în pachetul minimal de servicii prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

Articolul 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/Confederației Elvețiene, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, 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 asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE 883/2004, înscrise pe lista proprie;

2., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European /Confederației Elvețiene beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE 883 /2004, înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE 883/2004, înscrise pe lista proprie;

Înscrise pe lista proprie.

IV. Durata contractului

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 400 /2014](#).

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora 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 însoțită 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; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 10 alin. \(1\) din textul de H.G. nr. 400/2014](#) 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 data 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 o zi lucrătoare de la data finalizării 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;

g) 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, dispozitive medicale și îngrijiri medicale la domiciliu, acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

j) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI, lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii;

k) să facă publică valoarea definitivă a punctului per capita și 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 acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total la nivel național de puncte realizate trimestrial, atât per capita, cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

l) să țină evidența distinctă a persoanelor 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 care sunt înscrși pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, confirmarea calității de asigurat se face de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, pe bază de tabel centralizator transmis lunar, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic. Pentru persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care se află în evidența caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și care sunt înscrise pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, confirmarea dreptului de asigurare se face de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe bază de tabel centralizator transmis lunar, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic;

m) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistentei medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară după caz;

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 aducă la cunoștința persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la [art. 12 alin. \(1\) - \(3\) din textul de H.G. nr. 400/2014](#) posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Articolul 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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

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

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor [H.G. nr. 400/2014](#) și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

f) 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,

și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesară internarea de urgență, medicul de familie eliberează o scrisoare medicală în acest sens;

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

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

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, 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;

m) 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, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acesta se implementează;

n) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;

o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

q) 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;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în [H.G. nr. 400/2014](#) și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

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

t) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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;

ț) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

v) 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, și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu,

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 furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate /eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează;

w) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

x) 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.

y) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

aa) să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, în limita competenței profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

ab) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;

ac) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică;

ad) 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;

ae) să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, și nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;

af) 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 înscriere prin transfer, conform modelului și condițiilor prevăzute în anexa 2A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#)

Asiguratul își poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni, în următoarele situații: decesul medicului pe lista căruia se află înscris, medicul de familie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și în situația în care a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se afla înscris.

ag) 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 care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale 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 medicină a 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. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respecta modelul prevăzut în anexa 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#) și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală /convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în

anexa 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#). 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 prin scrisoare medicală;

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#) și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ah) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

ai) 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;

aj) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiuni cronice și să raporteze în format electronic această evidență casei de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista, cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici. Condițiile desfășurării acestei activități și lista afecțiunilor cronice sunt prevăzute în anexa 2 D la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

ak) în cazul încetării/rezilierii contractului/convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul /convenția încheiat/încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe casele de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către 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;

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

am) să recomande servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor legale în vigoare;

an) 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;

ao) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#) privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

ap) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line în termen de 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

VI. Modalități de plată

Articolul 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 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

1.2. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială /zonă urbană

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor [art. 11 de la Capitolul I din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014](#):

DA/NU

1.3. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială /zonă urbană

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor [art. 14 de la Capitolul I din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014](#), care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale încheiate 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./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#):

de la până la

1.4. Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 3,75 lei, valabilă pentru anul 2014.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), se ajustează în raport:

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

*) 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. 163/93/2008 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea; în condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru/puncte secundare 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/punctele secundare de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

b) cu gradul profesional:

- medic primar %;

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

1.6. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și nr. de puncte "per capita"/an depășește 18.700 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează:

1.6.1. - cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 18.701 - 23.000;

1.6.2. - cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 23.001 - 29.000;

1.6.3. - cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 29.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă și pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ teritorială/ zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie stabilită de comisia prevăzută la [art. 1 alin. \(3\) de la Capitolul I din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014](#), se reduce după cum urmează:

- pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 18.700, dar nu mai mult de 23.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;

- pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 23.000 dar nu mai mult de 29.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 25%;

- pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 29.000 dar nu mai mult de 34.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 50 %;

- pentru medicii de familie care au înscris pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 34.000 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 75 %;

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./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#):

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./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 1,9 lei, valabilă pentru anul 2014.

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

Numele, prenumele
Cod numeric personal
Gradul profesional
Codul de parafă al medicului
Programul de lucru
Medic de familie angajat*)
.....

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

Numele, prenumele
Cod numeric personal
Gradul profesional
Codul de parafă al medicului
Programul de lucru

1. Asistent medical/soră medicală/moașă

Numele, prenumele
Cod numeric personal

2.

b) Medic de familie

Numele, prenumele
Cod numeric personal
Gradul profesional
Codul de parafă al medicului
Programul de lucru
Medic de familie angajat*)
.....

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

Numele, prenumele
Cod numeric personal
Gradul profesional
Codul de parafă al medicului
Programul de lucru

1. Asistent medical/soră medicală/moașă

Numele, prenumele
Cod numeric personal

2.

c)

Articolul 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 minimă garantată 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/transmise 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 per capita și a punctului pe serviciu medical.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului /medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - h), j) - u), w), y), aa) - ae), ah), aj), al) și am), 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 lit. ag), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate / Casei Naționale 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 minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ap), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(7) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (6), nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

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

(9) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (3) - (6) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (3) - (6)) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (3) - (6), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

Articolul 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

Articolul 11

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

IX. Clauză specială

Articolul 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. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului

Articolul 13

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

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

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

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

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

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

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate 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 în cazul căruia/căror s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. z) și af) și a nerespectării obligației prevăzută la [art. 6 alin. \(2\) din anexa 2 la H.G. nr. 400/2014](#);

j) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 9 alin. (3), (4) și (6) pentru oricare situație, precum și odată cu prima constatare, după aplicarea măsurii prevăzute la art. 9 alin. (5).

Articolul 14

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

a) de drept la data la care a intervenit una dintre 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;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor 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 lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor asigurate 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 urbană de către comisia constituită potrivit art. 1 alin. (3) din anexa 2 la HG nr. 400/2014, pentru situațiile în care se justifică această decizie.

g) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă în cazul medicului de familie nou-venit care la expirarea celor 3 luni de la încheierea contractului nu a înscris numărul minim de asigurați conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția situațiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor art. 1 alin. (3) de la capitolul I din Anexa 2 la HG nr. 400/2014, pentru situațiile în care se justifică această decizie.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip 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 noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (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 de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/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 secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

Articolul 15

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 2 alin. (1) lit. a) - c) din anexa 2 la HG nr. 400/2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. x), 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;

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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate 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;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de 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 care se află în această situație.

Articolul 16

Situațiile prevăzute la art. 13 și la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - 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

Articolul 17

Correspondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

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

Articolul 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.

Articolul 19

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

Articolul 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 puțință spiritului contractului.

Articolul 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

Articolul 22

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă 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	
.....	

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen și pelvis) și/sau efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate 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 email 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, semnătura electronică proprie pentru
prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații, formularele cu regim special ale medicului înlocuit,
inclusiv prescripțiile medicale electronice 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. sau contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat cu casa de asigurări de sănătate nr. (în situația în care nu este disponibil un medic fără obligații contractuale confirmate de către consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor)

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 lehzuzie
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, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice 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/Trezoreria statului
2. Pentru punctajul "per capita" și punctajul pe serviciu, se va lua în calcul gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției.
3. Termenul de plată
4. Documentul de plată

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

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

Medicul înlocuitor,
.....

Director executiv al Direcției economice

.....

De acord,

Reprezentant legal al
cabinetului medical***)

.....

Director executiv al Direcției relații contractuale,

.....

Vizat

Juridic, Contencios

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

**) Pentru situația în care nu este disponibil un medic fără obligații contractuale confirmate de către consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, iar preluarea activității s-a făcut de către un medic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, programului de activitate al medicului înlocuitor se prelungește corespunzător, în funcție de necesități.

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

Anexa 6

- model -

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

Articolul 1

Obiectul prezentei convenții îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#).

III. Servicii medicale furnizate

Articolul 2

(1) Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetele de servicii medicale de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzute în anexa 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

(2) 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/Confederației Elvețiene, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, 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 asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE 883/2004, înscrise pe lista proprie;

2., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE 883/2004, înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE 883/2004, înscrise pe lista proprie;

IV. Durata convenției

Articolul 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

Articolul 4

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie convenții numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora 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 convenție, pe baza facturii însoțită 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; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de încheiere a convențiilor a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din textul de H.G nr. 400/2014 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 data 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 o zi lucrătoare de la data finalizării 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;

g) 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, dispozitive medicale și îngrijiri medicale la domiciliu, acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor.

Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice furnizorilor motivarea în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară după caz;

k) 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;

l) să aducă la cunoștința persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la [art. 12 alin. \(1\) - \(3\) din textul de H.G. nr. 400/2014](#) posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Articolul 5

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

- a)** să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b)** să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;
- c)** să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d)** să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor [H.G. nr. 400/2014](#) și a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;
- e)** să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;
- f)** 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, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgență, medicul de familie eliberează o scrisoare medicală în acest sens;
- g)** să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;
- h)** să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- i)** să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), program asumat prin convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate;
- j)** 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 lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării convenției;
- k)** să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- l)** să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, 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;
- m)** 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, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

- n)** să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;
- o)** să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- p)** să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;
- q)** 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;
- r)** să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în [H.G. nr. 400/2014](#) și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);
- s)** să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;
- s)** să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- t)** să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- t)** să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;
- u)** să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;
- v)** 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, și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, 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 furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate /eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează;
- w)** să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;
- x)** 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.
- y)** să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;
- z)** să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;
 - aa) să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, în limita competenței profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;
 - ab) 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;
 - ac) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică;
 - ad) 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;
 - ae) să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, și nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;

af) 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 care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale 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 medicină a 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. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în anexa 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#) și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală /convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în anexa 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#). 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 prin scrisoare medicală;

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#) și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ag) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

ah) 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;

ai) 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. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#) 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. Condițiile desfășurării acestei activități și lista afecțiunilor cronice sunt prevăzute în anexa 2 D la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

aj) 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 casele de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în

vigoare, către 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;

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

al) să recomande servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor legale în vigoare;

am) 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;

an) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#) privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line în termen de 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

VI. Modalități de plată

Articolul 6

(1) 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. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

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.

(2) 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

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) 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 aferent medicului de familie nou-venit se plătește 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

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) 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 aferent medicului de familie nou-venit se plătește 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)

Articolul 7

(1) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului /medicului, a programului de lucru prevăzut în convenție, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit [art. 14 lit. a\) și b\) din H.G. nr. 400/2014](#) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit [art. 14 lit. a\) și b\) din H.G. nr. 400/2014](#) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

(2) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 5 lit. a) - c), e) - h), j) - u), w), y), aa) - ae), ag), ai), ak) și al), 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 lit. af), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit [art. 14 lit. a\) și b\) din H.G. nr. 400/2014](#) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea convenției se constată în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate că serviciile raportate conform convenției în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit [art. 14 lit. a\) și b\) din H.G. nr. 400/2014](#) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea obligației de la art. 5 lit. ao), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit [art. 14 lit. a\) și b\) din H.G. nr. 400/2014](#) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% suma stabilită potrivit [art. 14 lit. a\) și b\) din H.G. nr. 400/2014](#) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 5 lit. ao) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) 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 potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată 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. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

Articolul 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

Articolul 9

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

IX. Clauză specială

Articolul 10

Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării convenției și care împiedică executarea acesteia, 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

Articolul 11

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

- a)** dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării convenției de furnizare de servicii medicale;
- b)** dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c)** expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- d)** expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
- e)** nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform convenției, 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 furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform convențiilor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;
- g)** la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform convenției în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
- h)** dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în convenția cu casa de asigurări de sănătate 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 în cazul căruia/căror s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;
- i)** în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 5 lit. z) și a nerespectării obligației prevăzută la [art. 6 alin. \(2\) din anexa 2 la H.G. nr. 400/2014](#);
- j)** odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 7 alin. (1), (2) și (4) pentru oricare situație, precum și odată cu prima constatare, după aplicarea măsurii prevăzute la art. 7 alin. (3).

Articolul 12

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

- a)** de drept la data la care a intervenit una dintre 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;
 - a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor 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 convenției, 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 contractului în condițiile art. 13 lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care convenția dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin convenția încheiată, 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 acestora la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract/convenție de același tip 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 noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (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 de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/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 secundare de lucru, nominalizate în convenție, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

Articolul 13

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 2 alin. (1) lit. a) - c) din anexa 2 la H.G. nr. 400/2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. x), 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;

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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate 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;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de 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 care se află în această situație.

Articolul 14

Situațiile prevăzute la art. 11 și la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - 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 lit. 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

Articolul 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 - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract. 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

Articolul 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.

Articolul 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

Articolul 18

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă 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	

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen și pelvis) și/sau efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate efectuate de medicii de familie. Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

Anexa 7

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

1. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1 consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;

1.2 consultații pentru supravegherea și depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic;

1.3 consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lehzuziei;

1.4 consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială.

Primul paragr. al pct. 1 de la lit. A a anexei 7 a fost modificat de pct. 4 al [art. I din ORDINUL nr. 1.478 din 9 decembrie 2014](#) publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 944 din 23 decembrie 2014.

1.1. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din [Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul de specialitate acordă primul ajutor și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările și completările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTĂ: Consultația 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.

1.1.1.: Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

1.2. Depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic - include, după caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemo - epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la [Hotărârea Guvernului nr. 1186/2000](#) pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare.

1.2.1.: Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată.

1.3 Consultații pentru monitorizarea evoluției sarcinii și lehoziei - o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în prima lună de la naștere.

Consultațiile pentru monitorizarea evoluției sarcinii și lehoziei permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Subpct. 1.3 al pct. 1 de la lit. A a anexei 7 a fost modificat de pct. 5 al [art. I din ORDINUL nr. 1.478 din 9 decembrie 2014](#) publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 944 din 23 decembrie 2014.

1.4 Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

1.4.1 Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la lit. a) sau serviciile prevăzute la lit. a) și b) și se decontează o consultație pe an calendaristic, pe persoană neasigurată.

1.4.2 Serviciile de planificare familială permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Subpct. 1.4 al pct. 1 de la lit. A a anexei 7 a fost modificat de pct. 5 al [art. I din ORDINUL nr. 1.478 din 9 decembrie 2014](#) publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 944 din 23 decembrie 2014.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale, suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de specialitate.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

1. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale - consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală,

1.2. servicii medicale curative - consultații pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale bolilor cronice

1.3. servicii medicale curative - consultații pentru afecțiuni cronice

1.4. depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic

1.5. servicii de planificare familială

1.6. servicii diagnostice și terapeutice

1.7. servicii de sănătate conexe actului medical

1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament- se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din [Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, pentru care medicul de specialitate acordă primul ajutor și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.: Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii. Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 16 ani, care se prezintă în regim de urgență la medicii din specialitățile clinice, aceștia pot elibera prescripții medicale pentru o perioadă de 3 zile.

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.

1.2. Consultația medicală de specialitate pentru afecțiuni acute și subacute precum și acutizări ale bolilor cronice, 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;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;
- bilet de internare, după caz.
- bilet de trimitere către alte specialități, după caz
- eliberare de concediu medical, după caz

1.2.1.: Pentru același episod de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice, se decontează maximum 3 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului.

1.2.2.: 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 stabilite în anexa 13, serviciile de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2.3.: 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.

1.2.4.: Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se decontează maximum două consultații pentru:

- urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării
- efectuarea unor manevre terapeutice
- după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

1.2.4.1.: 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.

1.2.4.2.: Pentru situațiile prevăzute la punctul 1.2.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.3. Consultația medicală de specialitate pentru afecțiuni cronice, 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;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;
- 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.
- bilet de trimitere către alte specialități/internare, după caz.
- eliberare de concediu medical, după caz

1.3.1.: Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu afecțiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice tratate în cadrul aceleiași specialități, se decontează o consultație pe lună sau pe trimestru/asigurat, după caz.

1.3.2.: 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 consultațiile pentru afecțiunile stabilite în anexa 13 și serviciile de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3.3.: Prezentarea asiguratului la medicul de specialitate la solicitarea medicului, pentru a doua și a treia consultație în cadrul unui trimestru, se face direct, fără alt bilet de trimitere

1.3.4.: Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se acordă maximum două consultații pentru:

- urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării
- efectuarea unor manevre terapeutice
- după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

1.3.4.1.: 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.

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

1.3.5.: Pentru asigurații care au bilet de trimitere de la medicul de familie - consultație management de caz, - în cadrul managementului integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, al bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și BPOC, al bolii cronice de rinichi, medicul de specialitate acordă consultație și efectuează în cabinet proceduri prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază pentru specialitățile clinice/recomandă investigații paraclinice suplimentare față de cele recomandate de medicul de familie. În biletul de trimitere pentru investigații paraclinice suplimentare recomandate de medicul de specialitate, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, se evidențiază "management de caz". Se decontează o consultație/semestru dacă în biletul de trimitere este evidențiat "management de caz".

1.4. Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la [H.G. nr. 1186/2000](#) pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiul de cotizare.

1.4.1.: Se decontează o singură consultație per persoană asigurată pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspiciată și confirmată.

1.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

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

1.5.1.: Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b) și se decontează două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

1.5.2.: Serviciile de planificare familială permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.6. Servicii diagnostice și terapeutice

1.6.1. Interpretarea ecografiei generale - abdomen și pelvis - și EKG-ului standard ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății, în vederea acordării, nu necesită bilet de trimitere

1.6.2. Procedurile diagnostice și terapeutice, punctajul aferent și specialitățile care pot efectua serviciul în ambulatoriul de specialitate sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

Font 7

Nr. crt.	Denumire procedură diagnostică/terapeutică/tratamente/terapii	Specialități clinice care pot efectua serviciul respectiv
A. Proceduri diagnostice simple: punctaj 10 puncte		
1	biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia*)	oftalmologie, neurologie numai pentru oftalmoscopia*)
2	biometrie	oftalmologie
3	explorarea câmpului vizual (perimetrie computerizată)	oftalmologie
4	recoltare pentru test Babeș-Papanicolau	obstetrică-ginecologie
5	EKG standard	cardiologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie
6	peak-flowmetrie	alergologie, pneumologie, medicină internă
7	spirometrie	alergologie, pneumologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie
8	pulsoximetrie	medicină internă, geriatrie și gerontologie, cardiologie, pneumologie, pediatrie
9	teste cutanate (prick sau idr) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ);	alergologie

10	teste de provocare nazală, oculară, bronșică;	alergologie
11	teste cutanate cu agenți fizici (maximum 4 teste)	alergologie
12	test la ser autolog	alergologie
13	testare cutanată la anestezice locale	alergologie, geriatrie și gerontologie
14	testare cutanată alergologică patch (alergia de contact)	alergologie
15	examinare cu lampa wood	dermatologie
16	determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț	chirurgie, reumatologie, neurologie, diabet și boli nutriție, medicină internă, geriatrie și gerontologie
17	măsurarea forței musculare cu dinamometrul	neurologie, geriatrie și gerontologie
18	teste de sensibilitate (testul filamentului, testul diapazonului, testul sensibilității calorice și testul sensibilității discriminatorii)	neurologie, diabet, medicină internă, geriatrie și gerontologie
19	teste clinice (EDS, scor miastenic, UPDRS, MMSE, Reisberg)	neurologie, psihiatrie, geriatrie și gerontologie
B. Proceduri diagnostice de complexitate medie: punctaj 20 puncte		
1	determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmometrie	oftalmologie
2	tonometrie; pahimetrie corneeană	oftalmologie
3	explorarea funcției binoculare (test worth, maddox, sinoptofor), examen pentru diplopie	oftalmologie
4	foniatrie	orl
5	audiograma *) *) include audiometrie tonală liminară și/sau vocală	orl
6	examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop)	orl
7	dermatoscopie	dermatologie
8	electrocardiografie continuă (24 de ore, holter)	cardiologie, medicină internă
9	tensiune arterială continuă (holter TA)	cardiologie, medicină internă
10	EKG de efort la persoanele fără risc cardiovascular înalt	cardiologie
11	EEG standard	neurologie
12	spiogramă + test farmacodinamic bronhomotor	alergologie, pneumologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie
13	osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete	endocrinologie, reumatologie, geriatrie și gerontologie
C. Proceduri diagnostice complexe: punctaj 40 puncte		
1	examen electroneuromiografic	neurologie
2	determinarea potențialelor evocate (vizuale, auditive, somatoestezice)	neurologie
3	examen electroencefalografic cu probe de stimulare și/sau mapping	neurologie
4	examen doppler vase extracraniene segment cervical (echotomografic și duplex)	neurologie
5	examen doppler transcranian al vaselor cerebrale și	neurologie

	tehnici derivate	
6	endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie
7	endoscopie digestivă inferioară (rect, sigmoid, colon) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie
8	colposcopia	obstetrică-ginecologie
9	monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanței toracice	cardiologie, medicină internă, nefrologie
D. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple: punctaj 15 puncte		
1	extracție de corpi străini - conjunctivă, corneea, sclera, segment anterior	oftalmologie
2	incizia glandei lacrimale și sacului lacrimal	oftalmologie
3	tratatamentul chirurgical al pingueculii	oftalmologie
4	tratatamentul chirurgical al pterigionului	oftalmologie
5	sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă	oftalmologie
6	injectare subconjunctivală, retrobulbară de medicamente	oftalmologie
7	criocoagularea (crioaplicația) conjunctivală	oftalmologie
8	cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului	oftalmologie
9	tamponament posterior și/sau anterior ORL	orl
10	extracție corpi străini: conduct auditiv extern, nas, faringe	orl
11	aspirația și lavajul sinusului nazal prin puncție	orl
12	tratatament chirurgical al traumatismelor ORL	orl
13	oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie	orl
14	terapia chirurgicală a afecțiunilor mamare superficiale	obstetrică-ginecologie
15	inserția dispozitivului intrauterin	obstetrică-ginecologie
16	fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate	dermatologie
17	crioterapia în leziuni cutanate	dermatologie
18	tratatamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscente plăgi (anestezie, excizie, sutură inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)	dermatologie, chirurgie
19	terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%	dermatologie, chirurgie
20	terapia chirurgicală a degerăturilor de grad I și II	dermatologie, chirurgie
21	terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenți chimici < 10%	dermatologie, chirurgie
22	terapia chirurgicală a panarițiului (eritematos, flictenular, periunghial, subunghial, antracoid, pulpar)	dermatologie, chirurgie
23	terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate	dermatologie, chirurgie
24	terapia chirurgicală a furunculului, furunculului	dermatologie, chirurgie

	antracoid, furunculozei	
25	terapia chirurgicală a abcesului (de părți moi, perianal, pilonidal)	dermatologie, chirurgie
26	terapia chirurgicală a panarițiului osos, articular, tenosinival	chirurgie
27	terapia chirurgicală a hidrosadenitei	chirurgie
28	terapia chirurgicală a edemului dur și seromului posttraumatic	chirurgie
29	terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos	chirurgie
30	terapia chirurgicală a granulomului ombilical	chirurgie
31	terapia chirurgicală a supurațiilor postoperatorii	chirurgie
32	tratamentul plăgilor	chirurgie
33	terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea) urologie,	chirurgie pediatrică
E. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe - punctaj 25 puncte		
1	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)	oftalmologie
2	tratament cu laser al polului anterior, polului posterior	oftalmologie
3	tratament chirurgical ORL colecție: sept, flegmon periamigdalian, furuncul căi aeriene externe/conduct auditiv extern, furuncul vestibul nazal, otomatom	orl
4	extragere fibroscopică de corpi străini din căile respiratorii superioare	orl
5	manevre de mică chirurgie pentru abces și/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetații vulvă, vagin, col	obstetrică-ginecologie
6	cauterizare de col uterin	obstetrică-ginecologie
7	diatermocoagularea colului uterin	obstetrică-ginecologie
8	electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune	dermatologie, chirurgie
9	terapia chirurgicală complexă a panarițiului osos, articular, tenosinival	chirurgie
10	terapia chirurgicală a flegmoanelor	chirurgie
11	terapia chirurgicală a hematomului	chirurgie
12	dilatația stricturii uretrale urologie,	chirurgie
13	criocoagularea (crioaplicația) transsclerală	oftalmologie
F. Proceduri terapeutice/tratamente medicale simple - punctaj 7 puncte		
1	aerosoli/ședință (maxim 3 ședințe)	alergologie, pneumologie, pediatrie, orl
2	toaleta auriculară unilateral (2 proceduri)	orl
3	administrare tratament prin injectarea părților moi (intramuscular, intradermic și subcutanat)	toate specialitățile
G. Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie - punctaj 11 puncte		

1 fotochimioterapie (uva) cu oxorolen locală sau generală/ședința (maxim 4 ședințe)	dermatologie
2 fotochimioterapie (uvb cu spectru îngust)/ședința (maxim 4 ședințe)	dermatologie
3 mezoterapia - injectare terapeutică paravertebrală și periartriculară	neurologie, dermatologie, reumatologie, geriatrie și gerontologie
4 probe de repoziționare vestibulară	ORL, neurologie
5 imunoterapie specifică cu vaccinuri alergice standardizate	alergologie
6 administrare tratament prin puncție intravenoasă	toate specialitățile
7 Infiltrații nervoase regionale	anestezie și terapie intensivă
8 Instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlate de pacient	anestezie și terapie intensivă
H. Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe - punctaj 14 puncte	
1 puncții și infiltrații intraarticulare	ortopedie, reumatologie, geriatrie și gerontologie
2 instilația uterotubară terapeutică	obstetrică-ginecologie
3 blocaje chimice pentru spasticitate (toxina botulinică)	ortopedie, reumatologie, neurologie
I. Tratamente ortopedice medicale - punctaj 20 puncte	
1 tratamentul ortopedic al luxației, entorsei sau fracturii antebrăului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange	ortopedie
2 tratamentul ortopedic al entorsei sau luxației patelei, umărului; disjuncție acromioclaviculară; fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară	ortopedie
3 tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxației, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare	ortopedie
4 tratament în displazia luxantă a șoldului în primele 6 luni de viață	ortopedie
5 tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viață	ortopedie
6 tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg	ortopedie
J. Terapii psihiatrice - punctaj 15 puncte	
1 consiliere psihiatrică nespecifică individuală și familială	psihiatrie
2 psihoterapie de grup (psihoză, tulburări obsesiv- compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții)	psihiatrie
3 psihoterapie individuală (psihoză, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții, tulburări din spectrul autist)	psihiatrie
4 terapia cognitiv-comportamentală	psihiatrie

NOTĂ: Pentru efectuarea procedurilor care necesită dotare cu aparatură, furnizorii trebuie să facă dovada deținerii legale a acestora.

1.7. Servicii de sănătate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie și psihopedagogie specială - logopezi și kinetoterapeuți și 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 și psihiatrie pediatrică;
- ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică;
- reumatologie;
- oncologie medicală;
- diabet zaharat, nutriție și boli metabolice;
- hematologie;
- nefrologie.

1.7.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical și punctajele corespunzătoare:

a) neurologie și neurologie pediatrică	
a1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
a1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
a1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adult	30 puncte/ședință
a2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială -logoped: consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped	
	15 puncte/ședință
a3) servicii conexe furnizate de kinetoterapeut, în condițiile prevăzute la punctul 1.7.2	
a3.1) kinetoterapie individuală	30 puncte
a3.2) kinetoterapie pe grup	15 puncte
a3.3) kinetoterapie pe aparate speciale:	15 puncte
- dispozitive mecanice	
- dispozitive electromecanice	
- dispozitive robotizate	
b) Otorinolaringologie:	
b1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
b1.1) investigarea psihoacustică a vocii	10 puncte/ședință
b1.2) psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene	20 puncte/ședință
b2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped:	
b2.1) consiliere /intervenție de psihopedagogie specială - logoped	15 puncte/ședință
b2.2) exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință)	15 puncte/ședință
c) Psihiatrie, inclusiv psihiatrie pediatrică:	
c1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
c1.1.) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
c1.2.) consiliere psihologică clinică pentru copii/adult	30 puncte/ședință
c1.3.) consiliere psihologică clinică pentru copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist	30 puncte/ședință
c1.4.) psihoterapia copilului și familiei - pentru copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist	30 puncte/ședință
c2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială -logoped - consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped	15 puncte/ședință
d) Reumatologie în condițiile prevăzute la punctul 1.7.2	
Servicii furnizate de kinetoterapeut:	
d1) kinetoterapie individuală	30 puncte
d2) kinetoterapie pe grup	15 puncte
d3) kinetoterapie pe aparate speciale:	15 puncte

- dispozitive mecanice
- dispozitive electromecanice
- dispozitive robotizate
e) Ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică
în condițiile prevăzute la punctul 1.7.2
Servicii furnizate de kinetoterapeut:
e1) kinetoterapie individuală 30 puncte
e2) kinetoterapie de grup 15 puncte
e3) kinetoterapie pe: aparate speciale: 15 puncte
- dispozitive mecanice
- dispozitive electromecanice
- dispozitive robotizate
f) Oncologie medicală
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea
psihologie clinică, consiliere psihologică și
psihoterapie: consiliere psihologică clinică
pentru copii și adulți cu afecțiuni oncologice 30 puncte/ședință
g) Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea
psihologie clinică, consiliere psihologică și
psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru
copii și adulți cu diagnostic confirmat de diabet
zaharat 30 puncte/ședință
h) Hematologie
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea
psihologie clinică, consiliere psihologică și
psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru
copii și adulți cu afecțiuni oncologice 30 puncte/ședință
i) Nefrologie
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea
psihologie clinică, consiliere psihologică și
psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru
copii și adulți cu insuficiența renală cronică -
dializă 30 puncte/ședință
1.7.2: Serviciile de kinetoterapie se acorda conform
unui plan recomandat de medicul de reabilitare
medicală prin scrisoare medicală.

2. Lista specialităților clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate

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

16	Medicină internă
17	Nefrologie
18	Neonatologie
19	Neurochirurgie
20	Neurologie
21	Neurologie pediatrică
22	Oncologie medicală
23	Obstetrică-ginecologie
24	Oftalmologie
25	Otorinolaringologie
26	Ortopedie și traumatologie
27	Ortopedie pediatrică
28	Pediatrică
29	Pneumologie
30	Psihiatrie
31	Psihiatrie pediatrică
32	Reumatologie
33	Urologie
34	Chirurgie vasculară
35	Radioterapia
36	Chirurgie orală și maxilo-facială
37	Anestezie și terapie intensivă

3. Biletul de trimitere pentru specialitățile clinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice păstrează la cabinet exemplarul biletului de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

4. La contractare furnizorul depune lista cu asigurații fiecărui medic de specialitate, aflați în evidență cu următoarele boli cronice: HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boală cronică de rinichi, conform modelului prevăzut în anexa 2 D la ordin. Lunar, se raportează modificările intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

5. Cazurile noi depistate pe parcursul derulării contractului, care se prezintă cu bilet de trimitere de la medicul de familie pe care este evidențiat management de caz, cu următoarele boli cronice HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boală cronică de rinichi și pentru care se face management de caz, se raportează lunar modificările intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

6. 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 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.

Consultațiile de la lit. a - d și f - g din tabelul de mai sus și punctajele aferente sunt corespunzătoare și consultațiilor ce sunt furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătății. În cadrul acestor consultații este cuprinsă și interpretarea investigațiilor medicale paraclinice ecografie generală - abdomen și pelvis și EKG, transmise de medicii de familie prin sistemul de telemedicină.

7. Pentru competența/atestatul de studii complementare în planificare familială se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) și a prezentului ordin.

8. Medicii de specialitate din specialitățile clinice pot efectua ecografiile cuprinse în anexa 17 la ordin 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 20 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.

9. 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 aferente specialităților respective în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea unui program de lucru corespunzător, stabilit prin contractul încheiat.

10. Servicii de acupunctură - consultații, cură de tratament

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.

10.1. Consultația de acupunctură: se acordă o singură consultație pentru fiecare cură de tratament cu un tarif de 13 lei.

10.2. Cura de tratament/caz: se acordă maxim 2 cure/an calendaristic pe asigurat, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale. O cură de tratament 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

10.3. Consultațiile de acupunctură se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriu clinic.

C. PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și

persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene. Pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. B din prezenta anexă.

2. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2 și la lit. B punctul 1 subpunctul 1.2 din prezenta anexă.

3. Pentru pacienții din statele 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, pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. B din prezenta anexă, sau după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2 din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă, se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

Anexa 8

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală ambulatorie de specialitate
pentru specialitățile clinice și acupunctură

Articolul 1

Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctură se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau în lei.

Articolul 2

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif exprimat în puncte 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 angajat persoane autorizate de Ministerul Sănătății, altele decât medici, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcții al Ministerului Sănătății, care prestează servicii de sănătate conexe actului medical sau care sunt în relație contractuală cu furnizori de servicii de sănătate 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.

Articolul 3

(1) Numărul total de puncte raportat pentru consultațiile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, 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 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, inclusiv pediatrică, 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/cabinet, 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, inclusiv pediatrică, 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/cabinet 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.

(2) Serviciile de sănătate 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 de sănătate conexe actului medical care pot fi raportate de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăși 90 de puncte în medie pe zi, convenite 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 de sănătate conexe.

Pentru desfășurarea activității, furnizorul de servicii de sănătate conexe poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți medici din specialitățile clinice care pot solicita servicii de sănătate 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 de sănătate 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 organizate 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 de sănătate 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 de sănătate conexe conform anexei nr. 7 la ordin și certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform [Legii nr. 213/2004](#).

Articolul 4

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

(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 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 planificare familială, precum și furnizorilor de servicii de sănătate 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 1,7 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 numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

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

Articolul 5

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

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

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

(4) Pentru asigurarea calității furnizării serviciilor medicale, pentru asigurații care prezintă unul sau mai multe diagnostice, prevăzute în anexa nr. 13 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.

Articolul 6

(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 se 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 reabilitare medicală în ambulatoriu.

(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/transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună 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, odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. 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.

Articolul 7

(1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice și acupunctură facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune/transmite 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.

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

Articolul 8

Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice și acupunctură, care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinet, 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.

Medicii din specialitățile clinice încasează contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de bază, dacă asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere; în această situație 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. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de

trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Articolul 9

(1) În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați medici, precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare, cu excepția persoanelor care își desfășoară activitatea în cabinete organizate conform [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin [Legea nr. 598/2001](#). Medicii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitățile clinice, acupunctură și planificare familială pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz și semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru un program de lucru al cabinetului medical organizat conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, sub 35 de ore pe săptămână, comisia constituită potrivit art. 22 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la [H.G. nr. 400/2014](#), are în vedere stabilirea localităților/zonelor deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de specialitate pentru specialități clinice, în vederea încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la servicii medicale.

(3) Pentru specialitățile clinice, acupunctură și planificare familială, 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 de sănătate conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

Articolul 10

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.

Articolul 11

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice și acupunctură acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialități clinice, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în anexa nr. 13 la ordin și serviciilor de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialități clinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin excepție, biletele de trimitere pentru specialități clinice 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 specialități clinice este de până la 60 zile calendaristice.

Tip	Data	Rezultat/Data efectuării/	Semnătura, parafa
investigație	programării	Concluzii	și ștampila

Anexa 9

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE

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

I. Părțile contractante

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

- Cabinetul medical organizat conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea
cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare

- cabinetul individual, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc.
...., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax
reprezentat prin medicul titular

- cabinetul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl.,
sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax
reprezentat prin medicul delegat

- societatea civilă medicală, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl.,
sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax
reprezentată prin administratorul

- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor [Legii societăților nr. 31/1990](#),
republicată, cu modificările și completările ulterioare, având sediul în municipiul/orașul, str.
..... nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-
mail fax reprezentată prin

- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie
....., având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap.,
județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin
.....;

- Ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate
juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din
domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, având sediul în municipiul/orașul
....., str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă
e-mail fax reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care
face parte;

- Centrul de diagnostic și tratament, centrul medical și centrul de sănătate multifuncțional - unități medicale cu
personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et.
...., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat
prin

- Unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului, având sediul în municipiul/orașul
....., str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix
/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin în calitate de reprezentant legal al
spitalului din care face parte;

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din
ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctură, conform [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru
aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței

medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

Articolul 2

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și acupunctură acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), în următoarele specialități și competențe/atestare de studii complementare - pentru acupunctură și planificare familială:

- a)
- b)

Articolul 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctură se face de către următorii medici:

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

IV. Durata contractului

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 400/2014](#).

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă public 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 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 însoțită 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; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.
- d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 10 alin. \(1\) din textul de H.G. nr. 400/2014](#) 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 data 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 o zi lucrătoare de la data finalizării 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;

g) 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, dispozitive medicale și îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere /recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

j) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total la nivel național de puncte realizat trimestrial, prin afișare pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

k) 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;

l) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice și acupunctură acordate de medici conform specialității clinice și competențe/atestare de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătății și care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condițiile prevăzute în anexa 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

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 și tarif pe serviciu medical consultație/caz, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Articolul 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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

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

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor [H.G. nr. 400/2014](#) și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

f) 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, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgență, medicul de specialitate eliberează o

scrisoare medicală în acest sens; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope;

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

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

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, 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 și le prescrie; În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate din specialitățile clinice, prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin anexa 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#) și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice.

m) 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, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;

o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

q) 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;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în [H.G. nr. 400/2014](#) și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

s) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în [H.G. nr. 400/2014](#) și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#); până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită numai dacă, urmare a interogării aplicației instalată pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată, furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și archiva rezultatul interogării;

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

- t)** să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- t)** să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- u)** să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;
- v)** să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;
- w)** 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, prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și prescripția medicală care este formular cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, 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 furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează.
- x)** să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;
- y)** 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.
- z)** să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;
- aa) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;
- ab) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în anexa 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), precum și a serviciilor de planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice este prevăzută în anexa 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H. G. nr. 400/2014](#). Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European /Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European /Confederației Elvețiene. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;
- ac) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de

specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în anexa 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

ad) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

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

af) să raporteze, în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și, lunar, mișcarea acestora;

ag) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ah) 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;

ai) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#) privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

aj) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate/până la data prevăzută în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

ak) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. aj), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

al) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de bază, dacă asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere; în această situație 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. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

VI. Modalități de plată

Articolul 8

(1) Modalitățile de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe consultație și tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură exprimate în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară; pentru anul 2014 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 1,7 lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#)

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#) se ajustează în funcție de:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea, cu%*)

*) 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

b) gradul profesional medic primar%.

(5) a) Tariful pe consultație 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 consultațiile și serviciile medicale - caz de acupunctură este de lei și se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I și 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.

Articolul 9

(1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate se face pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse/transmise lunar de furnizori 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.

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 și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură și pe consultație, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună 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.

Cura de acupunctură se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

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

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

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului și al cabinetelor de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale organizate în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

a) Medic
Nume: Prenume:
Grad profesional:
Specialitatea/atestat de studii complementare/competență:
Cod numeric personal:
Codul de parafă al medicului:
Program zilnic de activitate ore/zi
b) Medic
Nume: Prenume:
Grad profesional:
Specialitatea/atestat de studii complementare/competență:
Cod numeric personal:
Codul de parafă al medicului:
Program zilnic de activitate ore/zi
c)
.....

VII. Calitatea serviciilor medicale

Articolul 10

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

VIII. Răspunderea contractuală

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

Articolul 12

Clauză specială

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

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

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

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

Articolul 13

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului /medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - h), j) - u), v), x), z), ab) - ae) și ag) precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului 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, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme

sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se aplică următoarele sancțiuni:

- a)** la prima constatare, avertisment scris;
- b)** la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.
- (3)** În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate /Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.
- (4)** În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ak) se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.
- (5)** Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ak) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.
- (5)** Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ak) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.
- (7)** Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic /furnizor, după caz.
- (8)** Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
- (9)** Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.
- (10)** În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale de specialitate din specialitățile clinice a obligației prevăzute la art. 7 lit. af) consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

Articolul 14

Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază deplin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a)** dacă furnizorul de servicii 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 de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- d)** expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
- e)** nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
- f)** refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv de servicii de planificare familială și acupunctură de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entităților controlate și necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate 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) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 27 alin. \(3\) din H.G. nr. 400/2014](#) și la art. 7 lit. aa) și al);

j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 13 alin. (1) și (2) precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 13 alin. (3).

Articolul 15

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

a) de drept la data la care a intervenit una dintre 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;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor 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. 16 lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip 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 noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (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 de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/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 secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru, după caz.

Articolul 16

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 23 alin. \(1\) lit. a\) - c\) din anexa 2 la H.G. nr. 400/2014](#) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. y), 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;

- 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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;
- d)** nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate 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;
- e)** de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitate 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 care se află în această situație.

Articolul 17

- (1)** Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.
- (2)** Situațiile prevăzute la art. 15 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.

X. Corespondența

Articolul 18

- (1)** Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.
- (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 părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

Articolul 19

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

Articolul 20

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

Articolul 21

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

Articolul 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

XII. Soluționarea litigiilor

Articolul 23

- (1)** Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.
- (2)** Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă 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 a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Președinte - director general,
.....
Director executiv al Direcției

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

Economice,
.....
Director executiv al Direcției
Relații Contractuale,
.....
Vizat
Juridic, contencios

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice-ecografii
efectuate de medici de specialitate din
specialitățile clinice

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

Anexa 10

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ
ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA
CLINICĂ DE REABILITARE MEDICALĂ

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ CUPRINDE:

1. Servicii medicale - consultații, serii de proceduri - în specialitatea clinică de rehabilitare medicală

1.1. Consultația medicală de specialitate - inițială, cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea și recomandarea explorărilor necesare 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, bilanțul global gestual și întocmirea planului de recuperare;

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

- stabilirea conduitei terapeutice, prescrierea tratamentului medical igienico-dietetic și fizical și de rehabilitare medicală, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice generale și specifice balneoclimatice - 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. Consultația de reevaluare se acordă înainte de începerea unei serii de proceduri specifice de rehabilitare medicală, în timpul seriei de proceduri sau la finalul fiecărei serii de proceduri la un interval ce nu poate să depășească 10 zile calendaristice de la momentul finalizării acesteia.

1.3. Procedurile specifice de rehabilitare medicală, care se pot acorda în cadrul unei serii de proceduri sunt:

PROCEDURI SPECIFICE DE REABILITARE MEDICALĂ
1. Kinetoterapie de grup pe afecțiuni
2. Galvanizare
3. Ionizare
4. Curenți diadinamici
5. Trabert
6. TENS
7. Curenți interferențiali
8. Unde scurte
9. Microunde
10. Curenți de înaltă frecvență pulsatilă
11. Ultrasunet
12. Combinație de ultrasunet cu curenți de joasă frecvență
13. Magnetoterapie
14. Laser-terapie
15. Solux

16. Ultraviolete
17. Curenți cu impulsuri rectangulare
18. Curenți cu impulsuri exponențiale
19. Contractția izometrică electrică
20. Stimulare electrică funcțională
21. Băi Stanger
22. Băi galvanice
23. Duș subacval
24. Aplicații cu parafină
25. Băi sau pensulații cu parafină
26. Masaj regional
27. Masaj segmentar
28. Masaj reflex
29. Limf masaj
30. Aerosoli individuali
31. Pulverizație cameră
32. Hidrokinetoterapie individuală generală
33. Hidrokinetoterapie parțială
34. Kinetoterapie individuală
35. Tracțiuni vertebrale și articulare
36. Manipulări vertebrale
37. Manipulări articulații periferice
38. Kinetoterapie cu aparatură specială cu dispozitive mecanice, electromecanice și robotizate
39. Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodice, alcaline)
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

Procedurile de la pct. 1 - 38, 47 - 49 pot fi efectuate numai de cabinetele medicale care dispun și de bază de tratament. Procedurile de la pct. 39 - 46 pot fi efectuate numai în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice.

Procedurile se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de reabilitare medicală.

1.3.1.: Perioada pentru care se decontează procedurile specifice de reabilitare medicală este de maxim 21 zile/an/asigurat atât la copii cât și la adulți cu excepția copiilor 0-18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale specifice de reabilitare medicală pentru o perioadă de maxim 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracționate în maxim două fracțiuni, în funcție de afecțiunea de bază la recomandarea medicului de specialitate reabilitare medicală.

1.3.2.: În cazul unor perioade de tratament fracționate la recomandarea medicului de specialitate reabilitare medicală, pentru fiecare perioadă de tratament se decontează o consultație inițială și o consultație de reevaluare, dar nu mai mult de două consultații inițiale și două consultații de reevaluare pe an/asigurat.

1.3.3.: Seria de proceduri specifice de reabilitare medicală stabilită de medicul de specialitate reabilitare medicală, decontată pentru un asigurat include maxim 4 proceduri/zi de tratament.

Pentru o serie de proceduri specifice de reabilitare medicală ce se desfășoară în bazele de tratament din stațiunile balneoclimatice se decontează în medie 4 proceduri/zi, din care 2 proceduri specifice de reabilitare medicală cu factori terapeutici naturali.

1.4. Pentru situațiile în care unui asigurat nu și se recomandă o serie de proceduri specifice de reabilitare medicală se decontează 3 consultații/ trimestru pentru aceeași afecțiune.

1.5. Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G31b, G31c, G31d, G31e - nominalizate în [H.G. nr. 720/2008](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru care tratamentul se poate prescrie și monitoriza de către medicul în specialitatea reabilitare medicală din unitățile sanitare nominalizate de către Ministerul Sănătății, pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice, se decontează 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 de specialitate pentru aceeași perioadă.

1.6. Consultațiile de specialitate reabilitare medicală se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriu clinic, cu excepția consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în anexa 13 la prezentele norme care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.7. În cadrul consultațiilor de reabilitare medicală se pot efectua după caz, următoarele proceduri diagnostice /terapeutice/tratamente care se efectuează în cabinetul medical:

Nr.	Denumire procedură diagnostică/terapeutică/tratamente
crt.	
1	Determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț
2	Podoscopie
3	Osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete
4	Administrare tratament prin injectarea părților moi (intramuscular, intradermic și subcutanat)
5	Mezoterapia - injectare terapeutică paravertebrală și periarticulară
6	Administrare tratament prin puncție intravenoasă
7	Puncții și infiltrații intraarticulare
8	Blocaje chimice pentru spasticitate (toxină botulinică)

1.8. Lista specialităților clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală:

- reabilitare medicală. Specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie este asimilată specialității reabilitare medicală conform [Ordinului MS nr. 360/2013](#).

1.9. Lista afecțiunilor care pot fi tratate în ambulatoriu în specialitatea clinică de reabilitare medicală este:

Nr.	AFECTIUNI
crt.	
1.	Atrofii sistemice afectând în special sistemul nervos central
2.	Tulburări extrapiramidale și ale motricității
3.	Boli demielinizante ale sistemului nervos central
4.	Afecțiunile nervilor, rădăcinilor și plexurilor nervoase

5.	Polineuropatii și alte afecțiuni ale sistemului nervos periferic
6.	Afecțiuni ale joncțiunilor mioneurale și musculare
7.	Paralizia cerebrală și alte sindroame paralitice
8.	Status post infarct miocardic acut
9.	Status post accident vascular cerebral
10.	Insuficiența cardiacă clasa NYHA I și II
11.	Boală pulmonară obstructivă cronică clasa I și II
12.	Poliartropatii inflamatorii
13.	Artroze
14.	Dorsopatii
15.	Afecțiuni ale țesuturilor moi
16.	Status post leziuni traumatice
17.	Status post intervenții chirurgicale majore cardiovasculare, neurochirurgicale, ortopedice

1.10. Tariful pe consultație în specialitatea clinică reabilitare medicală este de 20 lei. Tariful pe consultație în specialitatea clinică reabilitare medicală, în cadrul căreia se efectuează minim două proceduri dintre cele prevăzute la punctul 1.7 este de 40 lei. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%.

1.11. Recomandarea pentru serviciile de reabilitare medicală se poate face de către medicii de specialitate și de către medicii de familie, în limita competențelor iar procedurile specifice de reabilitare medicală se acordă conform schemei de tratament, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de către medicul de specialitate reabilitare medicală.

1.12. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de reabilitare medicală acordate în bazele de tratament, care se decontează pentru un asigurat este de 28 lei/zi. Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4, în caz contrar tariful se reduce proporțional conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate/4 x tarif pe zi de tratament.

Nu se decontează de casele de asigurări de sănătate serviciile de reabilitare medicală atunci când acestea se acordă pentru situații care privesc corecții de natură estetică și de întreținere, cum ar fi: vergeturi, sindrom trofostatic, gimnastică de întreținere (fitness, body-building).

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală, de consultațiile prevăzute la lit. A punctul 1, subpunctul 1.1 din prezenta anexă, devenite necesare pe timpul șederii temporare în România și acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate.

2. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală acordă Serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene.

3. Pentru pacienții din statele 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, se acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Anexa 11

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală ambulatorie de specialitate
pentru specialitatea clinică reabilitare
medicală

Articolul 1

(1) Unitățile ambulatorii de reabilitare medicală 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 reabilitare medicală în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe servicii medicale-consultații/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa 10 la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de reabilitare medicală cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere: numărul de servicii medicale-consultații, respectiv tariful pe consultație, care este de 20 lei iar tariful pe consultație cu efectuare de proceduri este de 40 de lei precum și numărul de servicii medicale - zi de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament, care este de 28 lei. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%. În cadrul unei zile de tratament se are în vedere un număr de maxim 4 proceduri pe zi.

(3) Suma contractată se stabilește conform anexei 11 B la ordin și se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

(4) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de reabilitare medicală, conform prevederilor din anexa 11 B 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 reabilitare medicală.

(5) În situația în care la unii furnizori de servicii medicale de reabilitare medicală 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 reabilitare medicală care în trimestrul respectiv și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală 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.

(6) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de specialitate clinică reabilitare medicală pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de reabilitare medicală, dacă este cazul.

(7) În vederea contractării numărului de servicii medicale-consultații și a numărului de zile de tratament de reabilitare medicală se au în vedere următoarele: a) numărul de servicii medicale-consultații de reabilitare medicală 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 în medie de 15 minute, iar pentru o consultație în cadrul căreia se efectuează în cabinetul medical proceduri diagnostice /terapeutice/tratamente este necesară în medie o durată de 30 minute.

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 zi de tratament care se acordă în bazele de tratament, se contractează și raportează în vederea decontării pentru un număr de maxim 21 zile/an/asigurat atât la copii cât și la adulți cu excepția copiilor cu

diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale terapeutice pentru o perioadă de maxim 42 de zile pe an/asigurat, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

(8) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale-consultații și numărului de zile de tratament de reabilitare medicală.

(9) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2014 cu destinația de servicii medicale de reabilitare medicală 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 numărul de zile de tratament de reabilitare medicală 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 anexa 11 B la ordin, 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.

(10) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală în ambulatoriu se suportă din fondul aferent asistenței medicale de reabilitare medicală.

(11) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale-consultații și numărul de zile de tratament de reabilitare medicală acordate 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, cu excepția afecțiunilor prevăzute în Anexa 13 la ordin care permit prezentarea direct la medicul de specialitate reabilitare medicală.

(12) 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 stabilite de medicul de specialitate clinică reabilitare medicală.

(13) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate în limita sumelor contractate se face în funcție de:

- a)** numărul de servicii medicale-consultații și tarifele pe consultații prevăzute la alin. (2);
- b)** numărul de zile de tratament de reabilitare medicală realizat atât în cabinetele medicale, cât și în bazele de tratament, înmulțit cu tariful prevăzut la alin. (2). Acest tarif se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4, în caz contrar tariful se reduce proporțional conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate/4 x tarif pe zi de tratament.

Articolul 2

(1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune/transmite 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.

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

Articolul 3

(1) Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitatea clinică reabilitare medicală, care nu se regăsesc în anexa nr. 10 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinet, 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.

(2) Medicii din specialitatea de reabilitare medicală încasează contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de bază, dacă asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere; în această situație 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. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Articolul 4

(1) În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați medici, precum și alte categorii de personal. Medicii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către

reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitatea clinică reabilitare medicală pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitatea clinică reabilitare medicală, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv.

Articolul 5

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.

Articolul 6

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de reabilitare medicală acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialitățile clinice, cu excepția consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în anexa nr. 13 la ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene.

Pentru pacienții din statele 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, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialitățile clinice este utilizat și pentru specialitatea clinică reabilitare medicală și este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate de maximum 60 de zile calendaristice de la data emiterii.

Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicală. Furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicală păstrează biletul de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

(3) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală 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.

Articolul 7

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din 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 11 A

- model -

Furnizor de servicii medicale de reabilitare medicală.....
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

Data	Reprezentant legal
.....	(semnătura si stampila).....

privind selecția furnizorilor de servicii medicale
de reabilitare medicală și repartizarea
sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de
reabilitare medicală în ambulatoriu

Capitolul I

Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală 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 reabilitare medicală 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 este acoperit prin prezența unui medic de specialitate reabilitare medicală.

Capitolul II

La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală se au în vedere următoarele criterii:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice 40%

B. Evaluarea resurselor umane 60%

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

Ponderea acestui criteriu este de 40%

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

a) Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul 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/fișa tehnică.

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 reabilitare medicală 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 **H.G. nr. 400/2014** și într-un program de lucru distinct.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

g) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale

din dotare achiziționate "second hand". Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul /aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

A.1 Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut, după cum urmează:

Nr. crt.	Tip aparat	Puncte	Nr. maxim de proceduri/oră
1.	Aparate de electroterapie pentru 1 pacient (cu un canal), vechime 1-10 ani	10 puncte	3
2.	Aparate de electroterapie pentru 2 pacienți tratați simultan, (2 sau mai multe canale) vechime 1-10 ani	20 puncte	8
3.	Baie galvanică și alternantă, vechime 1-10 ani	20 puncte	2
4.	Aparate de magnetoterapie, vechime 1-10 ani	10 puncte	3
5.	Aparate cu energie luminoasă (laserterapie, ultraviolete, infraroșii), vechime 1-10 ani	10 puncte	5
6.	Aparate pentru terapie cu unde de șoc, vechime 1-10 ani	10 puncte	5
7.	Aparate de parafină, vechime 1-10 ani	10 puncte	3 aplicații/canapea/pat/oră
8.	Aparate pentru înaltă frecvență, vechime 1-10 ani	15 puncte	4
9.	Aparate pentru drenaj limfatic, vechime 1-10 ani	10 puncte	2
10.	Aparat pentru ultrasonoterapie, vechime 1-10 ani	10 puncte	5
11.	Aparat de aerosoli, vechime 1-10 ani	10 puncte	4
12.	Cadă de hidroterapie, vechime 1-10 ani	10 puncte /1 cadă	2
13.	Cadă de hidroterapie cu duș subacval sau cu bule, vechime 1-10 ani	20 puncte /1 cadă	2
14.	Dispozitive de dușuri terapeutice (scoțian, alternativ etc), vechime 1-10 ani	20 puncte /dispozitiv	2

Se scad din punctajul acordat pentru fiecare aparat, câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului peste 10 ani.

Nr. crt.	Denumire aparat	Număr canale	An fabricație	Total puncte/aparat	Total proceduri pe oră/aparat
1	2	3	4	5	

TOTAL PUNCTE:

NOTA 1: La contractare, se va ține cont de:

a) numărul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat/oră, conform tabelului de mai sus

b) numărul maxim de proceduri/oră posibil de efectuat în cadrul programului de lucru de către asistentul de balneofizioterapie cu pregătire superioară și medie de specialitate, profesorul de cultură fizică medicală, precum și maseurii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 10 proceduri/oră.

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 nr. 153/2003](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale = 20 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienți este 3 și minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală.

- Suprafața utilă a sălii este între 16 - 30 mp și dotare corespunzătoare conform [Ordinului MSP nr. 153/2003](#), cu modificările și completările ulterioare pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale = 30 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienți este 6 și minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală/tură.

- 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 nr. 153/2003](#), cu modificările și completările ulterioare = 40 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienți este 8 indiferent de mărimea sălii și minim doi fiziokinetoterapeuți/kinetoterapeuți/profesor de cultură fizică medicală/tură.

A.3 Evaluarea bazinului de hidrokinetoterapie

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 30 - 40 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 16 puncte și minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală/tură.;

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 40 - 60 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 30 puncte și minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală/tură.;

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este de peste 60 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 40 puncte și minim doi fiziokinetoterapeuți/kinetoterapeuți/profesor de cultură fizică medicală/tură.

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 în funcție de dimensiunile sălii/bazinului. 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 (7 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 60%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de reabilitare medicală - 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 sau maseur - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)

- pentru un fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut, profesor de cultură fizică medicală, - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

a. medic în specialitatea reabilitare medicală:

- 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
- 15 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

c. asistent balneofizioterapie - 10 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj

d. masaj - 10 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 corespunzătoare fiecărui criteriu la numărul de puncte obținut 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.

Punctajul obținut de fiecare furnizor corespunzător fiecărui criteriu, se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Anexa 12

- model -

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală (pentru unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală)

I. Părțile contractante

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

și

- unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, reprezentată prin

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

- societatea de turism balnear și de reabilitare medicală, constituită conform [Legii societăților nr. 31/1990](#) republicată, cu modificările și completările ulterioare, și care îndeplinește condițiile prevăzute de [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002](#) privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare medicală, aprobată cu modificările și completările ulterioare prin [Legea nr. 143/2003](#), reprezentată prin

- ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte; având sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon fax, e-mail Centrul de sănătate multifuncțional - unitate cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresa de e-mail, fax, reprezentat prin

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de reabilitare medicală acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

III. Serviciile medicale de reabilitare medicală acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală.

Articolul 2

Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de reabilitare medicală asiguraților, conform anexei nr. 10 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

Articolul 3

Furnizarea serviciilor medicale de reabilitare medicală acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, se face de către următorii medici:

1.;
2.;
3.

Articolul 4

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

IV. Durata contractului

Articolul 5

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2014.

Articolul 6

Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părților, pe toată durata de aplicabilitate a [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

V. Obligațiile părților

Articolul 7

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a)** să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b)** să deconteze furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită 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 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;
- c)** să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.
- d)** să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 10 alin. \(1\) din textul de H.G. nr. 400/2014](#) 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 înmâneze la data 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 o zi lucrătoare de la data finalizării 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 sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale și îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative, acordate de alți furnizori aflați în

relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

i) 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;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în anexa 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

k) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical-consultație/zi de tratament, în condițiile stabilite în anexa 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

l) să deconteze serviciile medicale de reabilitare medicală numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe țară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

m) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, în condițiile respectării prevederilor de la [art. 45 alin. \(2\) din H.G. nr. 400/2014](#).

Articolul 8

Furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicală are următoarele obligații:

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

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

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor din [H.G. nr. 400/2014](#) și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnată electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de reabilitare medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnată electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și/sau tratate în ambulatoriu;

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

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

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, 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;

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică reabilitare medicală poate elibera, după caz, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate de reabilitare medicală, prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#) și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

m) 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, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

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

p) 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;

q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în [H.G. nr. 400/2014](#) și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

r) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în [H.G. nr. 400/2014](#) și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#); până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, urmare a interogării aplicației instalată pe site - ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării;

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

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

t) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care

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

t) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

v) 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 și de la data la care se implementează formularele electronice menționate anterior, precum și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, 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 furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate /medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

w) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

x) 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.

y) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

aa) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția afecțiunilor prevăzute în anexa 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#). Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală este prevăzută în anexa 13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#). Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

ab) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în anexa 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

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

ad) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ae) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz.

af) 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;

ag) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#) privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

ah) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ai) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. ah), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

aj) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de bază, dacă asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere; în această situație 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. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ak) să raporteze, în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și, lunar, mișcarea acestora.

VI. Modalități de plată

Articolul 9

Modalitatea de plată a serviciilor medicale de reabilitare medicală, acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultație/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală, prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

Articolul 10

(1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii - consultații/zile de tratament negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical - consultație*) /zile de tratament*)	Valoare - lei -
0	1	2	3 = 1 x 2
Servicii medicale - Consultații			
Servicii medicale - Consultații cu proceduri			
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri			

*) Tariful pe serviciu medical - consultație și tariful/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală sunt cele prevăzute în anexa 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#) și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și numărului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de reabilitare medicală, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de lei.

Articolul 11

(1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de reabilitare medicală, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultații și a numărului de zile de tratament reabilitare medicală realizate și a tarifelor pe serviciu medical - consultație și a tarifului pe zi de tratament în limita sumelor contractate în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de

Tariful pe zi de tratament se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este 4, în caz contrar tariful se reduce proporțional conform formulei: nr. proceduri recomandate și efectuate/4 x tarif pe zi de tratament.

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

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

Suma anuală contractată este de lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

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

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

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)
.....

Articolul 12

Plata serviciilor medicale de reabilitare medicală, acordate în unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală 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 reabilitare medicală

Articolul 13

Serviciile medicale de reabilitare medicală, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 14

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

Articolul 15

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de reabilitare medicală cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

Articolul 16

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

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

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

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

Articolul 17

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

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

Articolul 18

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului /medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au produs aceste situații pentru fiecare dintre aceste situații

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8 lit. a) - c) , e-h), j) - u), w), y), aa) - ae), precum și prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și de unele materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescrieri de medicamente fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate /Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 8 lit. ai) se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunilor prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 8 lit. ai) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic /furnizor, după caz.

(8) a sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

(10) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 8 lit. ak) consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

Articolul 19

Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală, se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate, 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 faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate 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;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 8 lit. z), aj) și art. 45 alin. (3) din anexa nr. 2 la [H.G. nr. 400/2014](#);

j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1) și (2) precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 18 alin. (3).

Articolul 20

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

a1) furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicală 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;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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 de - reabilitare medicală 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. 21 lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip 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 noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (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 de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/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 secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

Articolul 21

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 41 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la [H.G. nr. 400/2014](#) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 8 lit. x), 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;

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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate 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;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de 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 care se află în această situație

Articolul 22

(1) Situațiile prevăzute la art. 19 și la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 20 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.

Articolul 23

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

XI. Corespondența

Articolul 24

Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract. 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

Articolul 25

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

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

Articolul 26

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

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

Articolul 27

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

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 28

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă 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 de reabilitare medicală în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Președinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	
Director executiv al Direcției economice,	
.....	
Director executiv al Direcției Relații contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	

Anexa 13

LISTA

cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea

direct la medicul de specialitate din
ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic și Angină pectorală instabilă
2. Malformații congenitale și boli genetice
3. Boala cronică de rinichi - faza predializă
4. Insuficiență cardiacă clasa III - IV NYHA
5. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
6. Colagenoze majore (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
7. Aplazia medulară
8. Anemii hemolitice endo și exo-eritrocitare
9. Trombocitemia hemoragică
10. Histiocitozele
11. Telangectazia hemoragică ereditară
12. Purpura trombopenică idiopatică
13. Trombocitopatii
14. Purpura trombotică trombocitopenică
15. Boala von Willebrand
16. Coagulopatiile ereditare
17. Boala Wilson
18. Malaria
19. Tuberculoza
20. Boala Addison
21. Diabet insipid
22. Boli psihice (schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante, tulburări afective majore, tulburări psihotice acute, autism, ADHD, boli psihice la copii)
23. Miastenia gravis
24. Bolnavi cu revascularizație percutanată, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu bypass coronarian
25. Afecțiuni postoperatorii și ortopedice până la vindecare
26. Risc obstetrical crescut la gravide
27. Astm bronșic sever
28. Glaucom
29. Status post AVC
30. Ulcer peptic gastroduodenal
31. Boala celiacă la copil
32. Boala cronică inflamatorie intestinală (boala Chron și colita ulceroasă)
33. Sindromul Schwachmann
34. Hepatita cronică de etiologie virală B, C și D și ciroza hepatică în tratament cu imuno-modulatoare sau analogi nucleotidici/nucleozidici
35. Boala Hirschprung
36. Bolile nutriționale la copii (rahitism carențial comun, malnutriția protein-calorică la sugar și copii, anemiile carențiale până la normalizare hematologică și biochimică) supraponderea și obezitatea pediatrică
37. Bronșiectazia și complicațiile pulmonare supurative
38. Scleroza multiplă
39. Demente degenerative, vasculare, mixte
40. Starea posttransplant
41. Insuficiența renală cronică - faza de dializă
42. Bolile rare (hemofilia și talasemia, mucoviscidoza, hipertensiunea pulmonară, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader-Willi, osteogeneza imperfectă, boala Fabry, boala Pompe, tireozinemia, sindrom Hunter, sindrom Hurler, afibrinogenemia congenitală, sindrom de imunodeficiență primară, fenilcetonuria sau deficit de tetrahidrobiopterina-BH4, polineuropatia familială amiloidă cu transtiretină, scleroza sistemică și ulcere digitale evolutive, purpura trombocitopenică cronică la adulți splenectomizați și nesplenectomizați, scleroza tuberoasă)
43. Afecțiuni oncologice
44. Diabetul zaharat
45. Boala Gaucher
46. Boala Basedow
47. Degenerescența maculară legată de vârstă (DMLV)
48. Boala Cushing
49. Paraliziile cerebrale infantile

50. Epilepsia

51. Boala Parkinson

52. Poliartrita reumatoidă, artropatia psoriazică, spondilita anchilozantă, psoriazis cronic sever

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. pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcție de parametrii de monitorizare;
2. asiguratul are stabilit un plan de monitorizare și tratament pentru tot anul în curs, conform fișei de monitorizare prevăzut în anexa 8 A la ordin.

NOTA 2: Medicul de specialitate trebuie să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit schimbări în evoluția bolii și în atitudinea terapeutică.

NOTA 3: Pentru bolile cronice pentru care se face management de caz, prezentarea la medicul de specialitate se face cu bilet de trimitere de la medicul de familie pe care este evidențiat management de caz.

Anexa 14

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI PACHETULUI

DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN AMBULATORIUL DE

SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU MEDICINA DENTARĂ

Font 8

Nr. crt.	ACTE TERAPEUTICE	Tarif lei	Suma decontată de CAS		
			Copii 0-18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale (conform punctului 7)
1.*)	Consultație - include modelul de studiu, controlul oncologic și igienizare	133	100%	60%	100%
	*) Se acordă o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat				
2.	Tratamentul cariei simple	94	100%	60%	100%
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare cu anestezie prin infiltrație	97	100%	60%	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	39	100%	100%	100%
5.	Tratamentul gangrenei pulpare	109	100%	60%	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale (prin incizie) cu anestezie prin infiltrație	109	100%	100%	100%
7.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie prin infiltrație	94	100%	100%	100%
8.	Extracția la dinții temporari cu anestezie prin infiltrație	20	100%		100%
9.	Extracția la dinții permanenți cu anestezie prin infiltrație	70	100%	60%	100%
10.**)	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei	86	100%	100%	100%
	**) În situația în care se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras dinte respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate				
11.	Decapuşonarea la copii	47	100%		
12.	Reducerea luxației articulației temporo-mandibulară	62	100%	100%	100%
13.***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă	780		60%	100%
	***) Se acordă o dată la 10 ani				
14.****)	Reparație/rebazare proteză	78		100%	100%

	****) Se acordă o dată pe an				
15.	Element acrilic copii până la 18 ani	78	100%		
16.	Element metalo-acrilic copii până la 18 ani	117	100%		
17.	Reconstituire coroană radiculară copii până la 18 ani	78	100%		
18.*****	Decon condiționarea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + bărbiță și capelină	546	100%		
19.	Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ ședință	20	100%		
20.*****	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale	780	100%		
21.	Șlefuirea în scop ortodontic/dinte	20	100%		
22.*****	Reparație aparat ortodontic	390	100%	100%*1	
	*1) Se decontează pentru tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă				
23.	Menținătoare de spațiu mobile	468	100%		
	*****) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodonție și ortopedie dento-facială.				
24*****	Sigilare/dinte	78	100%		
	*****) o procedură decontată la 2 ani				

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 poz. 18, 20 și 22 din tabel.

2. Serviciile de medicină dentară de urgență sunt prevăzute la poz. 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14 și 22, din tabel.

3. Dentiștii acordă numai serviciile prevăzute la poz. 1, 2, 4 și 24 din tabel.

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

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

Data fiind incidența dinților supranumerari se admit la raportare maximum doi dinți supranumerari/CNP/cod unic de asigurare.

6. Medicii de medicină dentară pot efectua radiografii dentare (retroalveolară și panoramică) cuprinse în anexa 17 la ordin ca o consecință a actului medical propriu, pentru asigurării 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 20 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.

7. Serviciile prevăzute la poz. 1, 2, 3, 5, 8, 9 și 13 din tabel, 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 Afacerilor Interne, în caz contrar procentul decontat de CAS este de 60%.

B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARĂ

1. Serviciile din pachetul minimal sunt servicii de urgență prevăzute la punctul 2 de la lit. A.

2. Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul minimal de servicii pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști, cu excepția celor de la poz. 22 din tabelul de la litera A.

3. Dentiștii acordă numai serviciul prevăzut la poz. 4 din tabelul de la litera A.
4. Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență organizată conform legii.
5. Persoanele beneficiare ale pachetului minimal suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate - radiografii dentare și tratamentul prescris.

C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la lit. B din prezenta anexă, devenite necesare pe timpul șederii temporare în România.
2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la lit. A din prezenta anexă.
3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia după caz, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la lit. A din prezenta anexă, sau de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la lit. B din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Anexa 15

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară

Articolul 1

Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în lei.

Articolul 2

Lista serviciilor medicale de medicină dentară preventive și a tratamentelor de medicină dentară, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicină dentară, și condițiile acordării acestora sunt prevăzute în anexa nr. 14 la ordin.

Articolul 3

(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) pentru medicii din mediul rural suma stabilită conform lit. c), se majorează cu 50%;
- e) suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 2.000 lei/lună.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și luni.

(2) 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.

(3) 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.

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

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2014 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.

Articolul 4

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.

Articolul 5

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. 14 la ordin.

Articolul 6

Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, 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.

Articolul 7

Contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară care nu se regăsesc în anexa nr. 14 la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinetul 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.

Articolul 8

În cabinetele medicale din ambulatoriu de specialitate, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați numai medici și/sau dentiști, precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare. Medicii sau dentiștii angajați în cabinete medicale individuale nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de medicină dentară pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică /formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

Articolul 9

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.

Articolul 10

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

Anexa 16

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii de medicină dentară în asistența
medicală de specialitate din ambulatoriu pentru

specialitatea medicină dentară

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

și

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

- cabinetul individual, reprezentat prin medicul dentist/dentistul titular
- cabinetul asociat sau grupat, reprezentat prin medicul dentist delegat
- societatea civilă medicală, reprezentată prin administrator
- unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor [Legii societăților nr. 31/1990](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare,, reprezentată prin
- unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii,, reprezentată prin

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

- Centrul de diagnostic și tratament, centru medical și unitatea medicală cu personalitate juridică, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fax, e-mail, reprezentat prin

- Centrul de sănătate multifuncțional, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresa de e-mail, fax, reprezentat prin

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară, conform [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Articolul 2

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară acordă asiguraților serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii de medicină dentară, prevăzute în anexa nr. 14 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), în următoarele specialități

- a)
- b)
- c)

.....

Articolul 3

Furnizarea serviciilor medicale de medicină dentară din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face de către următorii medici dentiști/dentiști:

1.
2.
3.
4.

.....

.....

IV. Durata contractului

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 400 /2014](#).

V. Obligațiile părților

Articolul 6

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită 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 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 10 alin. \(1\) din textul de H.G. nr. 400/2014](#) furnizorii de servicii medicale de medicină dentară 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 înmâneze la data 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 o zi lucrătoare de la data finalizării 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 medicină dentară sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală și materiale sanitare acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

i) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară 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;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice (radiografie dentară retroalveolară și radiografie panoramică), numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în anexa 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

k) să contracteze servicii medicale de medicină dentară, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile stabilite prin anexa 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

Articolul 7

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

- a)** să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de medicină dentară furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b)** să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;
- c)** să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d)** să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform [H.G. nr. 400/2014](#) și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;
- e)** să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de medicină dentară, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;
- f)** 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, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și/sau tratate în ambulatoriu.
- g)** să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;
- h)** să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- i)** să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- j)** să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;
- k)** să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- l)** să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, 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;
- m)** 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, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;
- n)** să asigure acordarea serviciilor medicale de medicină dentară asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- o)** să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
- p)** să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în [H.G. nr. 400/2014](#) și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

q) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în **H.G. nr. 400/2014** și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a **H.G. nr. 400/2014**; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, urmare a interogării aplicației instalată pe site - ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării;

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 de medicină dentară necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/ Spațiului Economic European/ Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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;

s) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii medicale;

t) 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 și de la data la care se implementează formularele electronice menționate anterior, precum și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, 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 furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate /medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

u) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

v) 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;

w) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

x) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

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

z) 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;

aa) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor **Legii nr. 455/2001** privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a **H.G. nr. 400/2014**.

ab) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ac) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. ab), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

ad) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație.

VI. Modalități de plată

Articolul 8

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

Articolul 9

Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora și în condițiile prevăzute în anexa 14 respectiv în anexa 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#) și în limita sumei contractate și defalcate trimestrial și lunar/cabinet/medic, stabilită conform art. 3 din anexa 15 la ordinul menționat mai sus.

Suma anuală contractată este de lei,
din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

Articolul 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 și a documentelor justificative depuse/transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data de

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

La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 3 alin. (3) din anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

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

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

a) Medic dentist

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Codul de parafă al medicului:

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic dentist

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Codul de parafă al medicului:

Cod numeric personal:
Program zilnic de activitate ore/zi

c)

VII. Calitatea serviciilor medicale

Articolul 11

Serviciile de medicină dentară furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 12

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

IX. Clauze speciale

Articolul 13

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

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

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

Articolul 14

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

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

Articolul 15

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului /medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - h), j) - t), u), w), y) precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care, 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 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ac) se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 7 lit. ac) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la

alin. (4) depășește prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic /furnizor, după caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

Articolul 16

Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

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

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

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

g) la a doua constatare în urma controlului efectuat a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului /medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. x);

i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate 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) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 15 alin. (1) și (2) precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 15 alin. (3).

Articolul 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

a1) furnizorul de servicii medicale de medicină dentară 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, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, 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 Dentiști 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. 18 lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, 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 noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (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 rezilierea/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.

Articolul 18

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 58 alin. (1) lit. a) - c) din anexa 2 la H.G. nr. 400/2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. v), 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;

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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate 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;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor dentiști 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, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale, centrele de sănătate multifuncționale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate și care se află în această situație.

Articolul 19

Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 17 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

Articolul 20

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

(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 părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

Articolul 21

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

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

Articolul 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 cu puțință spiritului contractului.

Articolul 23

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă 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 de medicină dentară în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

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

Director executiv al Direcției
Economice,
.....

Director executiv al Direcției
Relații contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINĂ
DENTARĂ
Reprezentant legal,
.....

ACT ADIȚIONAL

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

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

Anexa 17

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN
AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE
SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE

1. Lista investigațiilor paraclinice -analize de laborator

Nr.	Cod	Denumirea analizei de laborator	Tarif
Nr.	Cod		decontat de
			casa de
			asigurări de
			sănătate

			- lei -
Hematologie			
1	2.6001	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari*1)	14,01
2	2.6002	Numărătoare reticulocite	5,62
3	2.6003	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	18,62
4	2.6040	VSH*1)	2,63
5	2.60501	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO*1)	7,54
6	2.60502	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh*1)	7,88
7	2.6059	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă	7,54
8	2.6101	Timp Quick și INR*1) (International Normalised Ratio)	10,70
9	2.6102	APTT	12,30
10	2.6103	Fibrinogenemie*1)	13,68
Biochimie - serică și urinară			
11	2.1002	Proteine totale serice*1)	7,04
12	2.1003	Electroforeza proteinelor serice*1)	15,20
13	2.10062	Transferina	24,00
14	2.10063	Feritină serică	40,00
15	2.1011	Uree serică*1)	5,86
16	2.1012	Acid uric seric*1)	5,86
17	2.1014	Creatinină serică*1), **)	5,92
18	2.1015	Bilirubină totală*1)	5,86
19	2.1016	Bilirubină directă*1)	5,86
20	2.1020	Glicemie*1)	5,74
21	2.10303	Colesterol seric total*1)	5,74
22	2.10304	HDL colesterol*1)	8,19
23	2.10305	LDL colesterol*1)	7,69
24	2.10306	Trigliceride serice*1)	7,04
25	2.10402	TGP*1)	5,86
26	2.10403	TGO*1)	5,83
27	2.10404	Creatinkinaza CK	10,00
28	2.10406	Gama GT	7,99
29	2.10409	Fosfatază alcalină*1)	7,79
30	2.10500	Sodiu seric*1)	10,00
31	2.10501	Potasiu seric*1)	11,00
32	2.10503	Calciu seric total*1)	5,37
33	2.10504	Calciu ionic seric*1)	7,88

34	2.10505	Magneziemie*1)	5,37
35	2.10506	Sideremie*1)	7,10
36	2.10507	Fosfor (fosfat seric)	13,00
37	2.1066	Bicarbonat seric (EAB)	23,00
38	2.2600	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1)	9,34
39	2.2604	Dozare proteine urinare*1)	5,37
40	2.2612	Microalbuminuria (albumină urinară)*8)	22,00
41	2.2622	Dozare glucoză urinară*1)	5,37
42	2.2623	Creatinină urinară*8)	8,00
Imunologie			
43	2.2500	TSH*1)	20,50
44	2.2502	FT4*1)	20,83
45	2.2507	Parathormonul seric (PTH)	43,00
46	2.2509	Hormonul foliculinostimulant FSH	23,82
47	2.2510	Hormonul luteinizant (LH)	23,82
48	2.2514	Cortizol	27,87
49	2.2521	Testosteron	30,10
50	2.2522	Estradiol	23,82
51	2.2523	Progesteron	25,31
52	2.2525	Prolactină	25,31
53	2.327091	Anti-HAV IgM*2)	40,98
54	2.327092	Ag HBs (screening)*2)	31,15
55	2.327093	Anti HCV*2)	64,90
56	2.32710	Testare HIV la gravidă*1)	33,29
57	2.40000	ASLO*1)	11,48
58	2.40010	VDRL*1) sau RPR*1)	5,49
59	2.40013	Confirmare TPFA*4)	12,29
60	2.40203	Antigen Helicobacter Pylori*1)	40,00
61	2.430011	Complement seric C3	10,84
62	2.430012	Complement seric C4	10,84
63	2.43010	IgG seric	14,77
64	2.43011	IgA, seric	14,77
65	2.43012	IgM seric	15,10
66	2.43014	IgE seric	14,29
67	2.40053	Proteina C reactivă*1)	10,67
68	2.43040	Factor reumatoid	9,34
69	2.43044	ATPO	39,00

70	2.43135	PSA	23,07
71	2.43136	free PSA*6)	23,61
Microbiologie			
Exudat faringian			
72	2.3025	Examen bacteriologic exudat faringian - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană*1)	15,29
73	2.50102	Examen fungic exudat faringian - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică*1)	15,29
Examen urină			
74	2.3100	Urocultură*1) Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
75	2.50116	Examen fungic urină*1) Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29
Examene materii fecale			
76	2.3062	Coprocultură*1) Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
77	2.50120_1	Examen micologic materii fecale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29
78	2.5100	Examen coproparazitologic (3 probe)*1)	12,46
79	2.2701	Depistare hemoragii oculte*1)	25,00
Examene din secreții vaginale			
80	2.3074	Examene din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
81	2.50114	Examene din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29
Examene din secreții uretrale			
82	2.3080	Examene din secreții uretrale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
83	2.50115	Examene din secreții uretrale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29
Examene din secreții otice			
84	2.3050	Examen bacteriologic din secreții otice - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
85	2.50119	Examen fungic din secreții otice - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29
Examene din secreții nazale			
86	2.3022	Examen bacteriologic din secreții nazale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană*1)	15,29
87	2.50103	Examen fungic din secreții nazale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și	

		identificare fungică*1)	15,29
Examene din secreții conjunctivale			
88	2.3040	Examen bacteriologic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
89	2.50110	Examen fungic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29
Examene din colecție purulentă			
90	2.5032	Examen bacteriologic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
91	2.50120	Examen fungic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	15,29
Testarea sensibilității la substanțe antimicrobiene și antifungice			
92	2.313	Antibiograma*5)	12,23
93	2.502	Antifungigrama*5)	14,55
Examinări histopatologice și citologice			
94	2.9000	Piesă prelucrată la parafină*7)	30,66/piesă
95	2.9021	Bloc inclus la parafină cu histopatologic*7)	40,33/bloc
96	2.9020	Diagnostic histopatologic pe lamă	18,20
97	2.9010	Examen histopatologic cu colorații speciale	124,26
98	2.9022	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină	32,73
99	2.9023	Citodiagnostic secreție vaginală	32,73
100	2.9024	Examen citohormonal	30,34
101	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncție	32,73
102	2.9030	Teste imunohistochimice*)	94,99/set
103	2.9160	Examen Babeș-Papanicolau*1)	39,35

NOTA 1:

*) Un set cuprinde 4 - 10 teste, la recomandarea medicilor de specialitate din specialitățile clinice oncologie și hematologie și se decontează maxim 2 seturi.

**) Laboratoarele înscriu pe buletinele de analiză rata estimată a filtrării glomerulare (eRGF) prin formula CKD-EPI 2009 la fiecare determinare a creatininei serice, pentru asigurații care au evidențiat pe biletul de trimitere pentru investigații paraclinice că aceasta este evidențiat - management de caz pentru boala cronică de rinichi. În situația în care pe buletinele de analiză ale pacienților cu management de caz, nu este înscrisă rata estimată a filtrării glomerulare (eRGF), investigația nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

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

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

*3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie 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 decontează numai în cazul în care cultura este pozitivă, fără recomandarea medicului de familie sau specialist, pe răspunderea medicului de laborator.

*6) Se recomandă pentru bolnavii cu afecțiuni oncologice, de către medicii de specialitate din specialitățile clinice oncologie și hematologie și de către medicii de specialitate urologie pentru diagnosticul diferențial al cancerului de prostată. Se decontează numai pentru valori determinate ale PSA cuprinse între 4-10 nanograme/ml sau între 4 - 10 micrograme/litru fără recomandarea medicului de familie sau de specialitate, pe răspunderea medicului de laborator.

*7) Se decontează maxim 6 blocuri/piese

*8) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie, pentru asigurații care au evidențiat pe biletul de trimitere pentru investigații paraclinice management de caz pentru HTA, dislipidemie, diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boala cronică de rinichi, după caz.

NOTA 2: Pentru culturile bacteriene și fungice, prețul include toate etapele diagnosticului: examene microscopice, cultura și identificare.

2. Lista investigațiilor paraclinice - radiologie, imagistică, medicină nucleară și explorări funcționale

Nr. crt.	Denumire examinare radiologica/imagistică medicală/ explorare funcțională	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
	I. Radiologie - Imagistică medicală	
	A. Investigații convenționale	
	1. Investigații cu radiații ionizante	
1	Ex. radiologic cranian standard*1)	12,83
2	Ex. radiologic cranian în proiecție sinusuri anterioare ale feței*1)	34,81
3	Ex. radiologic părți schelet în 2 planuri*1)	33,07
4	Radiografie de membre: membru superior (humerus, articulația cotului, antebraț, pumn, mână) și membru inferior (articulație coxo-femurală, articulație sacro-iliacă, femur, genunchi, gambă, gleznă, picior, calcaneu)*1)	31,68
5	Ex. radiologic centură scapulară*1)	17,06
6	Ex. radiologic părți coloană dorsală*1)	41,87
7	Ex. radiologic părți coloană lombară*1)	41,87
8	Ex. radiologic coloană vertebrală completă, fără coloana cervicală*1)	35,02
9	Ex. radiologic coloana cervicală 1 incidentă*1)	30,79
10	Ex. radiologic torace ansamblu*1)	26,91
11	Ex. radiologic torace osos (sau părți) în mai multe planuri/Ex. radiologic torace și organe toracice*1)	26,57
12	Ex. radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ*1)	16,54
13	Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast*1)	50,34
14	Ex. radiologic tract digestiv până la regiunea ileo-cecală, cu substanță de contrast*1)	76,73
15	Ex. radiologic colon dublu contrast	88,87
16	Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare	48,03
17	Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast	202,81
18	Cistografie de reflux cu substanță de contrast	255,34

19	Pielografie	246,35
20	Ex. radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast	201,84
21	Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast	205,02
22	Ex. radiologic uter și oviduct cu substanță de contrast	278,72
23	Radiografie retroalveolară	15,09
24	Radiografie panoramică	26,91
25	Mamografie în 2 planuri/pentru un sân*1)	29,57
26	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanță de contrast	202,65
27	Osteodensitometrie segmentară (DXA)	25,75
	2. Investigații neiradiante	
28	Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	33,16
29	Ecografie abdomen*1)	23,05
30	Ecografie pelvis*1)	22,23
31	Ecografie transvaginală	22,23
32	Ecografie de vase (vene)	21,74
33	Ecografie de vase (artere)	26,11
34	Ecografie ganglionară	24,59
35	Ecografie transfontanelară	29,93
36	Ecografie de organ/articulație/părți moi*2)	21,74
37	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II	331,58
38	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN	79,75
39	Senologie imagistică - ecografie*1)	21,74
40	Ecocardiografie	36,31
41	Ecocardiografie + Doppler	45,68
42	Ecocardiografie + Doppler color	48,08
43	Ecocardiografie transesofagiană	79,75
	B. Investigații de înaltă performanță	
44	CT craniu nativ	116,34
45	CT regiune gât nativ	115,71
46	CT regiune toracică nativ	149,20
47	CT abdomen nativ	150,31
48	CT pelvis nativ	117,22
49	CT coloană vertebrală nativ/segment	62,42
50	CT membre nativ/membru	54,39
51	CT craniu nativ și cu substanță de contrast	342,99
52	CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast	342,57

53	CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast	371,92
54	CT abdomen nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	351,96
55	CT pelvis nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	352,33
56	CT coloană vertebrală nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos/segment	349,10
57	CT membre nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos/membru	350,82
58	CT ureche internă	265,26
59	Uro CT	331,58
60	Angiografie CT membre	331,58
61	Angiografie CT craniu	331,58
62	Angiografie CT regiune cervicală	331,58
63	Angiografie CT torace	331,58
64	Angiografie CT abdomen	331,58
65	Angiografie CT pelvis	331,58
66	Angiogramă coronară CT	663,15
67	RMN cranio-cerebral nativ	399,12
68	RMN torace nativ	399,12
69	RMN regiune cervicală nativ	399,12
70	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrată) nativ	399,12
71	RMN abdominal nativ	399,12
72	RMN pelvin nativ	399,12
73	RMN extremități nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	399,12
74	RMN umăr nativ	399,12
75	RMN umăr nativ și cu substanță de contrast	625,30
76	RMN torace nativ și cu substanță de contrast	625,30
77	RMN regiune cervicală nativ și cu substanță de contrast	625,30
78	RMN cranio-cerebral nativ și cu substanță de contrast	625,30
79	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrată) nativ și cu substanță de contrast	625,30
80	RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast	625,30
81	RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast	625,30
82	RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu substanță de contrast	625,30
83	RMN cord nativ	625,30
84	RMN cord cu substanță de contrast	625,30
85	Uro RMN cu substanță de contrast	828,94
86	Angiografia RMN trunchiuri supraoortice	267,85

87	Angiografia RMN artere renale sau aorta	267,85
88	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis, membre etc.)	530,52
89	Angiografia carotidiană cu substanță de contrast	347,56
II. Explorări funcționale		
90	EKG*1)	7,64
91	Holter TA	24,90
92	Spirometrie*1)	15,35
93	Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	16,10
94	Peak-flowmetrie*1)	2,82
95	Electroencefalografia (EEG)	16,10
96	Electromiografie (EMG)	18,66
97	Testul de efort pentru evaluarea funcției respiratorii	16,10
98	Spirometrie de efort	16,10
99	Bronhospirometrie	16,10
100	Teste de provocare inhalatorii	16,10
101	Înregistrare ECG continuă ambulatorie, holter	50,25
III. Medicină nucleară		
102	Scintigrafia renală	391,43
103	Scintigrafia cerebrală (scintigrafie SPECT perfuzie cerebrală -30/90min de la inj)	391,43
104	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică la efort (scintigrafie spect perfuzie miocardică efort)	391,43
105	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică în repaus (scintigrafie spect perfuzie miocardică repaus)	391,43
106	Studiu radioizotopic de perfuzie pulmonară/scintigrafie perfuzie pulmonară	391,43
107	Scintigrafia osoasă localizată	391,43
108	Scintigrafia osoasă completă	391,43
109	Scintigrafia hepatobiliară	391,43
110	Scintigrafia tiroidiană	391,43
111	Scintigrafia paratiroidiană	391,43

Pct. 70 din tabelul de la pct. 2 al anexei 17 a fost modificat de **RECTIFICAREA nr. 619 din 30 mai 2014** publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 16 iunie 2014.

NOTA 1:

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

*2) Ecografie de organ - renală poate fi recomandată de medicii de familie numai pentru boala cronică de rinichi, pentru asigurații care au evidențiat pe biletul de trimitere pentru investigații paraclinice management de caz.

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 biletul de trimitere.

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 biletul de trimitere 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 care își desfășoară activitate în cabinete indiferent de forma lor de organizare:

a) Serviciile prevăzute la pozițiile: 32, 33, 40, 41, 42 - 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 43 se decontează numai pentru medicii de specialitate cardiologie, în condițiile în care aceștia au competența și dotarea necesară;

Lit. a), nota 4, pct. 2, lit. A, anexa 17 a fost modificată de **RECTIFICAREA nr. 619 din 30 mai 2014**, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 462 din 24 iunie 2014.

b) Serviciile prevăzute la poziția 35 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;

c) Serviciile prevăzute la poziția 30 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice, precum și de medici cu specialitatea urologie;

d) Serviciile prevăzute la poziția 39 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie;

e) Serviciile prevăzute la poziția 36 (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 traumatologie, ortopedie pediatrică, reabilitare medicală și reumatologie cu competențe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

f) Serviciile prevăzute la pozițiile 37 și 38 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală;

g) Serviciile prevăzute la poziția 31 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice;

h) Serviciul prevăzut la poziția 28 se decontează medicilor de familie și medicilor de specialitate pentru specialități clinice care au atestat/competență de ecografie și dotare corespunzătoare.

i) Serviciul prevăzut la poziția 29 se decontează medicilor de specialitate pentru specialități clinice care au atestat /competență de ecografie și dotare corespunzătoare.

j) Serviciul prevăzut la poziția 34 se decontează medicilor din specialitatea: pediatrie, oncologie, hematologie, endocrinologie și medicina internă cu competențe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie;

NOTA 5:

a) Pentru serviciile prevăzute la pozițiile: 2 - 4, 6, 7, 23, 25, 49, 50, 56, 57, 60, 70, 73, 79, 82, 88 tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru indiferent de numărul de incidente recomandate și efectuate, cu excepția serviciilor prevăzute la poz. 2, 3, 4, 6, 7 și 23 pentru care tariful se referă la minim 2 incidente. În cazul explorării mai multor segmente/membre, se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;

b) Pentru serviciul prevăzut la poziția 27 tariful se referă la explorarea unui singur segment; casele de asigurări de sănătate vor deconta maximum 3 segmente/CNP/cod unic de asigurare o dată pe an.

c) În cazul investigațiilor CT și RMN 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 se vor majora cu 20%. Pentru investigațiile CT și RMN prevăzute la pozițiile: 49, 50, 56, 57, 70, 73, 79, 82 și 88 la care tariful aferent 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 20% 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:

a) Urgențe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa 22 la ordin;

b) 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 24 la ordin; biletele de trimitere se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea și un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. 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 lit. c) 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. 28 și 90, respectiv ecografie generală (abdomen + pelvis) și EKG.

NOTĂ 8: Pentru investigațiile prevăzute la pozițiile 44 și 51, în cazul efectuării CT buco - maxilo - facial nativ și CT buco - maxilo - facial nativ și cu substanță de contrast, tariful decontat de casa de asigurări de sănătate reprezintă 1 /2 din tarifele corespunzătoare pozițiilor respective.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A, pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate de medici de familie, respectiv de medici de specialitate din specialitățile clinice pentru situațiile care se încadrează la anexa 1 litera B punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 respectiv la anexa 7 litera B pct. 1, subpunctul 1.2 la ordin.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă. Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene /Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Anexa 18

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală ambulatorie de specialitate
pentru specialitățile paraclinice

Articolul 1

Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în lei.

Articolul 2

(1) La stabilirea sumei contractate pentru investigațiile medicale paraclinice prevăzute în anexa 17 la ordin, de către:

- furnizorii de servicii medicale paraclinice (de analize medicale de laborator, de anatomie patologică, de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală și de investigații medicale paraclinice - explorări funcționale),
- furnizorii de servicii medicale clinice (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice);
- medicii de familie (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară),
- furnizorii 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 aferente acestora prevăzute în anexa 17 la ordin.

Numărul de investigații paraclinice negociat între furnizorii de investigații medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografii), medicii de familie (numai pentru ecografie generală - abdomen și pelvis și EKG), 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. 72 alin. \(2\) din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu încadrarea în suma prevăzută cu această destinație.

Repartizarea fondului alocat la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie imagistică și explorări funcționale, se stabilește de către comisia constituită conform [art. 72 alin. \(2\) din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu încadrarea în suma prevăzută cu această destinație.

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.

(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 într-o lună, de la investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator, anatomie patologică, de la investigațiile medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală și de la investigațiile medicale paraclinice - explorări funcționale, 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 2014 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 10%, cu excepția lunii decembrie, 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 19 și 20 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.

Articolul 3

(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 17 la ordin. Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate sunt prevăzute în anexa 17 la ordin.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează ecografiile furnizorilor de servicii medicale clinice precum și ecografiile generale (abdomen și pelvis) și EKG furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară, cuprinse în anexa 17 la ordin, în condițiile prevăzute în anexa 17 la ordin, la tarife prevăzute în aceeași anexă.

Pentru ecografiile și EKG-urile pentru care medicii cu specialități medicale clinice/medicii de familie, încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice/servicii medicale în asistența medicală primară, programul de lucru se prelungește corespunzător.

Pentru medicii cu specialități medicale clinice 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.

Articolul 4

(1) Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două 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. Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice - examinări histopatologice și citologice are termen de valabilitate 90 de zile calendaristice având în vedere specificul recoltării și transmiterii probei/probelor către un furnizor de servicii de anatomie patologică. Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice recomandate de medicul de familie/medicul de specialitate din ambulatoriu, care are evidențiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice.

Un exemplar al biletului de trimitere rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat 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 în perioada de valabilitate a biletului de trimitere, consemnând pe verso-ul exemplarului de bilet de trimitere data prezentării pentru programare și data programării, semnătura și ștampila furnizorului; dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice.

Pentru investigații paraclinice - examinări histopatologice și citologice, dacă recoltarea probei/probelor se face de către medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul care a făcut recoltarea probei/probelor din care un exemplar însoțește proba/probele recoltate și se transmite furnizorului de servicii de anatomie patologică împreună cu aceasta/acestea.

La momentul prezentării la furnizorul de investigații paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigațiilor, cu excepția examinărilor histopatologice și citologice, asiguratul va declara pe proprie răspundere pe verso-ul biletului de trimitere, că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigațiilor.

Dacă recoltarea probei/probelor se face într-un laborator aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în vederea efectuării unor examinări histopatologice/citologice în regim ambulatoriu, asiguratul declară pe proprie răspundere că la momentul recoltării nu se află internat într-o formă de spitalizare (continuă sau de zi).

Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectuează investigațiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere păstrează biletul de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Furnizorul de servicii medicale paraclinice transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

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 declarația pe proprie răspundere consemnată pe verso-ul biletului de trimitere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

Prevederile de mai sus nu se aplică biletelor de trimitere pentru examinări histopatologice/citologice.

În situația în care, casa de asigurări de sănătate constată că, la data recoltării probei/probelor pentru examinări histopatologice/citologice la nivelul laboratorului sau de către medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, asiguratul a fost internat într-un spital și declarația pe proprie răspundere 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 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/ Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, investigațiile medicale paraclinice se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene /din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigațiilor medicale paraclinice. Pentru pacienții din statele 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 furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități paraclinice solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigațiilor medicale paraclinice.

Articolul 5

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 2 exemplare, din care unul rămâne la medicul care a făcut trimiterea și unul la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. Biletul de trimitere pentru investigații medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară și are valabilitate 90 de zile.

Articolul 6

(1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale 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.

(2) Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligația să transmită zilnic casei de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; nerespectarea transmiterii

acestor date pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea contractului.

Articolul 7

Contravaloarea serviciilor medicale paraclinice care nu se regăsesc în anexa nr. 17 la ordin 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.

Articolul 8

În laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați numai medici precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

Articolul 9

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.

Articolul 10

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 18 A

- 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 de Asigurări de Sănătate
Data Reprezentant legal
..... (semnătura și ștampila)
.....

Anexa 18 B

- model -

Furnizori de servicii medicale paraclinice - laborator de analize medicale:
.....
Punct de lucru*1)
FORMULAR PRIVIND PERSONALUL MEDICO-SANITAR
MEDICI/
CERCETĂTORI ȘTIINȚIFICI ÎN ANATOMIE-PATOLOGICĂ

Total medici =
Semnificația 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/Competența
H - Specialitatea/Competența*)
I - Grad profesional

Nr.	Nume și crt.	CNP	BI/CI	Certificat membru	Asigurare de	Contract (**)								
				CMR	răspundere									
					civilă									

A - Program de lucru
B - Cod parafă (după caz)
C - Grad profesional
D - Data eliberării
E - Data expirării

Nr.	Nume și CNP	BI / ALP/Certificat	Asigurare de Contract**)	A	B	C
crt.	prenume	CI	membru asociație profesională	răspundere civilă		
		Serie	Serie	NR.	D	E
		și nr.			Nr.	Valabilă Nr.
				până la contract	Tip contract	

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:

- model -

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

[illegible]

A - Tip de activitate**)
B - Data eliberării
C - Data expirării

Nr.	Nume și	CNP	BI/CI	Certificat	Contract**)	Program	Cod parafă	A
crt.	prenume			membru		de lucru	(după caz)	
				asociație				

**) absolvent colegiu imagistică medicală, asistent medical imagistică medicală, bioinginer, fizician

ASISTENTI MEDICALI

A - Data eliberării

B - Data expirării

C - Valabilă până la

D - Nr. contract

E - Tip contract

Total assistenti medicali =

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURĂ MEDICALĂ

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 si prenume, semnătura, stampila

Data întocmirii

CRITERII

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

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

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

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. a) Să facă dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la litera A, pct. 1 din anexa 17 la ordin, cu excepția examinărilor de anatomie patologică (histopatologice și de citologie).
b) Pentru examinările de anatomie patologică (histopatologice și de citologie), furnizorul are obligația de a face dovada capacității tehnice numai în situația în care solicită contractarea acestora.
3. Furnizorul va prezenta un înscris cu mențiunea seriei, a anului de fabricație, a capacității de lucru și a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producător/distribuitor autorizat/furnizor de service autorizat.
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 7 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate medicină de laborator sau biolog medical, chimist medical, biochimist medical - cu grad de specialist, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic /medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.
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 anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate anatomie patologică.
Să facă dovada, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa că în cadrul acestuia/acestora își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei care să acopere cel puțin o normă/zi (6 ore).
5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate, pe toată perioada de derulare a contractului cu casa de asigurări de sănătate 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 pentru:
 - subcriteriul a) "îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență"
 - subcriteriul b) "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale"pentru minim 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice
Numărul total de analize cuprinse în lista investigațiilor medicale paraclinice este de 93.
NOTĂ: Pentru laboratoarele de anatomie patologică nu se aplică punctul 2.a) și punctul 5.

Capitolul II

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

1. Numărul de investigații paraclinice - analize de laborator se stabilește la nivelul fiecărui județ de către comisia înființată conform [art. 72 alin. \(2\) din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.
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 50%
 2. criteriul de calitate 50%
 1. Criteriul de evaluare a resurselor
Ponderele acestui criteriu este de 50%
Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.
Metodologia de stabilire a punctajului:
A. Evaluarea capacității resurselor tehnice
 - a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.
 - b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.
 - c) Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme ale acestora, având menționate seriile echipamentelor și nici cele care nu au declarații de conformitate CE pentru tipul aparatului.

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.

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

- tipul și denumirea fiecărui aparat

- seria și numărul fiecărui aparat

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

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

f) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

g) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale din dotare achiziționate "second hand". Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul /aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut 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 - 10 puncte

pentru viteză mai mare de 60 de teste/oră se adaugă 5 puncte

b) - analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă

leucocitară completă - 5 DIF) - 25 puncte

pentru viteză mai mare de 60 de teste/oră se adaugă 5 puncte

pentru mai mult de 22 de parametri se adaugă se adaugă 5 puncte

pentru modul flowcitometric-se adaugă 10 puncte

*) De menționat 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 specialiști 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 - 10 puncte

b) analizor de coagulare complet automat - 20 puncte

NOTĂ: Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

1.3. Imunohematologie: - 2 puncte

1.4. Viteza de sedimentare a hematiilor (VSH)

Aparat automat de citire VSH:

a) între 1 - 10 poziții - 5 puncte

b) între 11 - 20 poziții - 10 puncte

c) peste 21 poziții - 15 puncte

NOTĂ: Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

2. Microbiologie:

2.1. Bacteriologie

Metodă manuală

- identificarea germenilor - 10 puncte

- efectuarea antibiogramelor - 8 puncte

2.2. Micologie:

Metodă manuală

- decelarea prezenței miceliilor și identificarea miceliilor - 10 puncte

- efectuarea antifungigramei - 8 puncte

2.3 Analizoare microbiologie(bacteriologie + micologie)

- analizor automat de microbiologie - 40 puncte

Se consideră analizor automat de microbiologie echipamentul care efectuează atât identificarea bacteriilor sau fungilor cât și antibiograma sau antifungigrama în mod automat. Densitometrul (nefelometru) destinat măsurării turbidității suspensiilor bacteriene cât și galeriile de identificare a

bacteriilor nu sunt analizoare automate de bacteriologie.

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate

2.4. Parazitologie:

- examen parazitologie pe frotiu - 2 puncte

3. Biochimie serică și urinară:

Analizoare semiautomate:

- a1 analizor semiautomat - 10 puncte

- a2 analizor de ioni - 15 puncte

Analizoare automate

- a3 - analizor automat biochimie - 30 puncte

a3.1 pentru determinări prin turbidimetrie se adaugă 10 puncte

a3.2 pentru modul ioni se adaugă 15 puncte

a3.3 pentru viteza aparatului, inclusiv modul ioni se adaugă 0,06

puncte/probă/oră

la categoria analizoare automate de biochimie de la punctul a3 se punctează

următoarele caracteristici

- pentru determinări prin turbidimetrie se adaugă 10 puncte

- pentru modul de ioni se adaugă 15 puncte

- în funcție de capacitatea de lucru a aparatului, pentru analizoarele automate de la punctul a3 pentru fiecare investigație/oră (inclusiv determinări turbidimetrie sau ioni) se acordă câte 0,06 puncte.

Se pot puncta maxim 4 aparate inclusiv analizoarele de ioni și indiferent de tip (automat sau semiautomat)

- b1 analizor semiautomat pentru electroforeză - 10 puncte

- b2 analizor automat pentru electroforeză - 30 puncte

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate

(indiferent de tip, automat sau semiautomat)

- c1 - analizor semiautomat pentru examen de urină - 5 puncte

- c2 - analizor automat pentru examen de urină - 20 puncte

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate

(indiferent de tip, automat, sau semiautomat).

4. Imunologie:

4.1 Serologie: - 2 puncte

4.2 Metoda ELISA

a1 - sistem semiautomatizat Elisa - 15 puncte

a2 - sistem automatizat Elisa cu:

- o microplacă - 25 puncte

- două microplăci simultan se adaugă 5 puncte

- 4 microplăci simultan se adaugă 10 puncte

- 6 microplăci simultan se adaugă 15 puncte

4.3 Sisteme speciale

b1 - sisteme speciale semiautomate: - 25 puncte

b2 - sisteme speciale automate: - 50 puncte

- în funcție de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare investigație/oră se acordă câte 0,6 puncte. Viteza se ia în calcul o singură dată indiferent de numărul de metode al aparatului

- în cazul analizoarelor de la punctul b2 cu mai multe metode de lucru, pentru fiecare metodă de lucru în plus, se adaugă câte 20 puncte.

NOTĂ: Sistemul automat de imunologie este considerat sistemul care își pipetează singur și în mod automat volumul necesar de lucru atât din proba biologică cât și din reactiv. În fișele tehnice ale sistemelor speciale de imunologie trebuie să fie specificat clar că toate etapele de lucru se efectuează automat. În caz contrar sistemul va fi considerat semiautomat.

Se punctează maxim 4 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat și indiferent de metoda de lucru

- ELISA sau sistem special).

Sunt considerate sisteme speciale sistemele bazate pe următoarele metode:

- CLIA - Chemiluminescență (Test Imunologic pe bază de Chemiluminiscentă)

- ECLIA - Electrochemiluminescență (Test Imunologic pe bază de Electrochemiluminiscentă)

- MEIA, EIA - Microparticle Enzyme Immunoassay (Metoda Imunologică Enzimatică; Metoda Imunologică Enzimatică pe bază de Microparticule)

- FPIA - Fluorescence Polarization Immunoassay (Metoda Imunologică prin Fluorescență de Polarizare)

- REA - Radiative Energy Attenuation (Atenuare de Energie Radiată)

- CMIA - Chemiluminescent microparticle immunoassay (Test Imunologic de Chemiluminiscentă pe bază de Microparticule)

- EMIT - Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (Metoda Imunologică Enzimatică Dublă)

- RAST - Radioallergosorbent (Test Radioimunologic prin legarea complexului pe suport insolubil)

- RIA - Radioimmunoassay (Metoda Imunologică pe bază de Radioizotopi)

- IFA - Immunofluorescence (Test Imunologic pe bază de Imunofluorescență)

- ELFA cu detecție în fluorescență - Test imunoenzimatic cu emisie de fluorescență

- TRACE - Emisie amplificată de europium

5. Citologie

Microscop optic cu examinare în lumină polarizată /UV 6 puncte

Microscop optic fără examinare în lumină polarizată /UV 4 puncte

Examenul Babe - Papanicolau este obligatoriu a fi efectuat de medici de specialitate anatomie patologică sau de biologi medicali cu specializare în domeniu.

6. Histopatologie

- Sistem automat de prelucrare a probelor 40 puncte
(de la probă până la bloc de parafină)

- Sistem de colorare automată a lamelor 15 puncte

- Procesor de țesuturi - histoprocessor automat fără vacuum 5 puncte

- Procesor de țesuturi - histoprocessor automat cu vacuum 6 puncte

- Aparat colorație automatizată histochimică 5 puncte

- Aparat colorație automatizată imunohistochimie 7 puncte

- microtom parafină 5 puncte

- criotom 7 puncte

- termostat pentru parafină 1 punct

- platină sau baie termostată 1 punct

- balanță analitică 1 punct

- pH-metru 1 punct

- masă absorbantă pentru vapori toxici 1 punct

- baterie colorare manuală hematoxilină-eozină 1 punct

- baterie manuală pentru imunohistochimie 1 punct

NOTĂ: referitor la resursele tehnice nu se punctează aparatele pentru care în compartimentele respective nu desfășoară activitate cel puțin un angajat cu studii superioare de specialitate.

B. Resursele umane

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat în laborator.

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată:

1. medic primar de specialitate 40 puncte;

2. medic specialist 30 puncte;

3. chimiști medicali, biologi medicali, biochimiști medicali, principali 25 puncte;

4. chimiști medicali, biologi medicali, biochimiști medicali, specialiști 20 puncte;

5. chimiști, biologi, biochimiști 15 puncte;

6. farmacist 15 puncte;

7. asistenți medicali de laborator cu studii superioare 10 puncte;

8. asistenți medicali de laborator fără studii superioare 8 puncte.

9. cercetător științific CP 1 și CP 2 în anatomie-patologică 40 puncte

10. cercetător științific CP 3 și CS în anatomie-patologică 30 puncte

11. asistenți de cercetare științifică în anatomie-patologică 25 puncte

C. Logistică:

1. transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul

care a recomandat analizele în maximum 24 de ore:

- fax - 1 punct

- direct medicului - 3 puncte

- sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor pe Internet - 4 puncte

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

- operațional - instalat și cu aparate conectate pentru transmitere de date - 10 puncte;

3. website - care să conțină minimum următoarele informații:

a - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări - 2 puncte/punct de lucru

b - chestionar de satisfacție a pacienților (cu obligația actualizării semestriale a rezultatelor și afișarea 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 și 3b se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii medicale de laborator.

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

Punctajele se aplică în mod corespunzător și laboratoarelor de anatomie - patologică

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 50 %

- a)** 50% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență", în conformitate cu SR EN ISO 15189 și care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoțit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator /sau laborator organizat ca punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

- a1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie serică și urinară, Hematologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin și 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. 17 la ordin și 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 de microbiologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

NOTĂ:

Fiecare cod de investigație din lista analizelor de laborator prevăzută în anexa 17 la ordin, reprezintă o singură analiză chiar dacă analiza respectivă este compusă din mai mulți parametri.

- b)** 50% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de intercomparare laboratoare de analize medicale".

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

- b1) - se acordă câte un punct pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniile biochimie serică și urinară și hematologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin (cu condiția efectuării dovezii a cel puțin 4 participări/an în anul anterior);
- b2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul imunologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin, (cu condiția efectuării dovezii a cel puțin 4 participări/an în anul anterior)
- b3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul microbiologie și celelalte domenii, altele decât cele menționate la lit. b1) și b2 (cu condiția efectuării dovezii a cel puțin 4 participări/an în anul anterior).

NOTĂ:

1. Schemele de intercomparare laboratoare trebuie să fie notificate de Ministerul Sănătății

2. La stabilirea punctajului se iau în calcul participările din anul calendaristic anterior

3. Actele doveditoare pentru participarea la scheme de testare a competenței de cel puțin 4 ori în anul 2013: pe format de hârtie - centralizator emis de organizatorii schemelor de testare a competenței pentru toți analiții la care laboratorul a participat în anul anterior, facturi emise de organizatorii schemelor de testare a competenței și dovezi ale plăților efectuate sau în format electronic - rapoartele de evaluare emise de organizatorul schemei de testare a competenței, care să conțină indici statistici specifici laboratorului pentru analizele cantitative (CV, Bias, scor Z, incertitudinea valorii atribuite) sau evaluarea și indici statistici pentru programele de control extern semicantitative (ex: proteine speciale latex), calitative ordinale (ex: sumar urină) și calitative nominale (ex: grupe sânge, identificare bacterii).

4. Actele doveditoare pentru participarea de cel puțin 4 ori/an la scheme de testare a competenței în anul 2014: contracte cu organizatorii schemelor de testare a competenței și anexe din care să reiasă tipul analizelor și frecvența cu care vor participa la schemele de testare a competenței.

Pe parcursul derulării contractului obligația participării la schemele de testare a competenței de cel puțin 4 ori/an rămâne valabilă în aceleași condiții.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinația de analize medicale de laborator, stabilit în condițiile art. 2 alin. (1) din anexa 18 la ordin se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

- a)** 50 % pentru criteriul de evaluare resurse;

b) 50 % pentru criteriul de calitate, din care 50% pentru subcriteriul "îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență" și 50% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale";

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor.

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

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D.

F. Repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, se stabilește de către comisia constituită conform [art. 72 alin. \(2\) din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

Pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - criteriile specifice de selecție se aplică în mod corespunzător.

Anexa 20

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale
paraclinice - radiologie și imagistică medicală,
repartizarea sumelor și defalcarea numărului de
investigații medicale paraclinice
de radiologie-imagistică medicală

Capitolul I

Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice-radiologie și imagistică medicală

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

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua investigațiile de radiologie și/sau imagistică medicală din Lista de investigații paraclinice-radiologie și 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 și imagistică medicală, astfel:
 - a. Laborator de radiologie și imagistică medicală - investigații conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;
 - b. Ecografia generală, ca prestație independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice și medici de familie, cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare emis de instituțiile abilitate în condițiile legii;
 - c. Ecografia de vase - artere, vene, ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: cardiologie, pediatrie, medicină internă, neurologie, geriatrie și gerontologie cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;
 - d. Ecocardiografia, Ecocardiografia + Doppler, Ecocardiografia + Doppler color efectuate ca prestație independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, și neurologie, de către medici de specialități clinice cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;
 - f. Ecocardiografia transesofagiană ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialitate cardiologie, în condițiile în care aceștia au competența și dotarea necesară;
 - g. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de pediatrie de către medicii cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;
 - h. Ecografia de pelvis efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de obstetrică-ginecologie (numai pentru afecțiuni ginecologice) și în cabinetele medicale de urologie de către medicii cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;
 - i. Radiografia dentară ca prestație independentă în cadrul cabinetelor de medicină dentară.
 - j. Ecografia obstetricală anomalii trimestrul II efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;
 - k. Ecografia obstetricală anomalii trimestrul I cu TN efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;

l. Ecografia transvaginală efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice, de către medicii cu competențe /supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

m. Ecografie de organ/de părți moi/de articulație, ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reabilitare medicală și reumatologie cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

n) Senologia imagistică ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici din specialitățile clinice: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie, cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

o) Ecografia de abdomen ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

p) Ecografia ganglionară ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice de oncologie, hematologie, chirurgie generală, chirurgie orală și maxilo-facială, endocrinologie și medicină internă, cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității.

NOTĂ: Furnizorul va prezenta fișa 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 pe 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, își desfășoară 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 prin certificare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001 /2008 sau un alt standard adoptat în România, 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 asistența medicală primară, de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice și de servicii de medicină dentară, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.

Capitolul II

Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - radiologie și imagistică medicală, stabilit pe total județ

1. Numărul de investigații de radiologie-imagistică medicală se stabilește la nivelul fiecărui județ de către comisia înființată conform [art. 72 alin. \(2\) din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

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

1. criteriul de evaluare a resurselor 90%

2. criteriul de disponibilitate 10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 90%.

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

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora. Pentru aparatele de radiologie, seria și numărul aparatului sunt cele din autorizația emisă de CNCAN.

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

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme și nici cele care nu au declarații de conformitate CE pentru tipul aparatului.

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 paraclinice-radiologie și imagistică 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 [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) și ale prezentului ordin și într-un program de lucru distinct. În această situație, pentru fiecare furnizor, echipamentele deținute/utilizate în comun se punctează proporțional, funcție de programul în care este utilizat aparatul, fără a se depăși punctajul pentru tipul respectiv de aparat.

g) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

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

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

- a)** 1. radiologie (scopie) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;
- 2. radiologie (grafie) se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;
- b)** post independent de radiografie - se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;
- c)** radiografie dentară - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;
- d)** aparate de radiologie mobile - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

Pentru echipamentele de radiologie, după caz, la punctajul obținut se adaugă:

- tipul de achiziție
 - digitalizat (plăci fosforice) 5 puncte;
 - direct digital 10 puncte;
- opțiuni:
 - stepping periferic 5 puncte;
 - cuantificarea stenozelor 5 puncte;
 - optimizarea densității 5 puncte;
 - trendelenburg 3 puncte;
 - afișare colimatori fără radiație 3 puncte;
 - stand vertical 3 puncte;
 - tomografie plană 1 punct;
 - 2 Bucky 1 punct.

e) mamografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- tipul de achiziție:
 - parțial digital 5 puncte;
 - digital 10 puncte;
- dimensiunea câmpului de expunere: 1 punct;
- existența de casete dedicate 1 punct;
- facilitare de stereotaxie 10 puncte.

f) ecografia - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- mod de lucru al unității de bază:
 - B (sau 2D): 1 punct;
 - M: 1 punct;
 - Doppler color: 2 puncte;
 - Doppler color power sau angio Doppler: 1 punct;
 - Doppler pulsat: 1 punct;
 - triplex: 0.5 puncte;
- achiziție imagine panoramică: 1 punct;
- achiziție imagine panoramică cu Doppler color: 1 punct;
- achiziție imagine cu armonici superioare: 1 punct.
- caracteristici tehnice sistem:
 - monitor alb-negru/color - 1 punct;
 - modalități de salvare a imaginilor (DICOM sau compatibile) 1 punct;

- PC) pentru fiecare opțiune se adaugă
- aplicații software incluse (abdomen, părți moi, obstetrică-ginecologie) 1 punct;
 - stocare imagini DICOM (CD, DVD, stick USB, hard disk) 2 puncte;
 - printer alb-negru/color 1 punct;

g) computer tomografie - se acordă 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral

- se acordă 15 puncte pentru fiecare computer tomograf secvențial

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- numărul de secțiuni concomitente:
 - 2 - 8 secțiuni 25 puncte;
 - 16 - 32 secțiuni 40 puncte;
 - peste 32 secțiuni 70 puncte;
- timp de achiziție a imaginii:
 - 0,5 - 1 secundă: 10 puncte;
 - sau
 - < 0,5 secunde: 20 puncte.
- aplicații software*) instalate pe computerul tomograf:
 - 3D: 2 puncte;
 - Circulație - 64 slice 2 puncte;
 - evaluare nodul pulmonar - 16 slice 2 puncte;
 - perfuzie - 64 slice 2 puncte;
 - colonoscopie - 64 slice 2 puncte;
 - angiografie cu substracție de os - 16 slice 2 puncte;
 - dental - 2 slice 2 puncte.

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor menționate instalate pe echipament

- accesorii - printer - digital 5 puncte;
- analog 1 punct;
- injector automat 15 puncte;
- stație de post procesare și software aferent*): 20 puncte;

*) se va puncta dacă în documentația de punere în funcțiune există dovada deținerii și instalării echipamentului

h) imagistică prin rezonanță magnetică - se acordă 100 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu câmp magnetic de 1 T și peste 1 T.

- se acordă 30 de puncte pentru aparatele de rezonanță magnetică dedicate anumitor segmente (cap, coloană vertebrală, gât, sistem musculo-scheletal - extremități), cu câmp magnetic sub 1 T

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- pentru fiecare tip de antenă instalată*) se adaugă: 20 puncte;

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a echipamentelor

3. Aplicații software*) instalate pe RMN

- Post-procesare 3D - prelucrarea achizițiilor în 3D: 10 puncte
- Tractografie - vizualizarea tracturilor 3D a materiei albe 10 puncte
- cerebrale, cuantificarea, deplasarea sau ruperea lor
- Perfuzie - cuantificarea permeabilității tumorale în funcție 10 puncte
- de modelul farmacocinetic al substanței de contrast pentru
- patologia cerebrală și a prostatei:
- Perfuzie fără substanță de contrast - permite vizualizarea 10 puncte
- neinvazivă a perfuziei teritoriilor cerebrale corespunzătoare
- arterelor cerebrale individuale:
- Soft cardiac - evaluarea viabilității, perfuziei și dinamicii 10 puncte
- cordului:
- Soft de scanare corp în totalitate - scanarea întregului corp 10 puncte
- într-un timp foarte scurt:
- Angiografie de corp în totalitate - permite vizualizarea 10 puncte
- sistemului vascular a întregului corp de la arcul aortic până
- la degetele de la picioare:
- Spectroscopie 10 puncte

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor instalate pe echipamente

4. Accesorii

- Printer - digital: 5 puncte;
- analog: 1 punct;
- Injector automat: 15 puncte;
- Stație de post procesare și software aferent*) 20 puncte.
- (alta decât stația de vizualizare)

*) se va puncta dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune

există dovada echipamentului

i) medicină nucleară (Gamma Camera) - se acordă 70 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- cu o cameră de citire 5 puncte;
- cu două camere de citire 15 puncte;
- Hot lab: 15 puncte.

j) osteodensitometrie segmentară (DXA) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical

k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia și stocarea imaginilor:

- cameră obscură umedă manuală 1 punct;
- dezvoltator automat umed 3 puncte;
- dezvoltator umed day light 5 puncte;
- cititor de plăci fosforice (CR) 15 puncte;
- dezvoltare 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: În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deținut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziție, anexă care descrie și confirmă configurația tehnică a respectivului dispozitiv.

NOTA 2: Se punctează doar echipamentele utilizate pentru serviciile ce se contractează cu casele de asigurări de sănătate.

NOTA 3: 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 specialist radiologie și imagistică medicală: 30 puncte;
 - medic primar radiologie și imagistică medicală: 40 puncte;
 - medic specialist medicină nucleară: 30 puncte;
 - medic primar medicină nucleară: 40 puncte;
 - medic specialist anestezist 30 puncte;
 - medic specialist medicina de urgență 30 puncte;
 - medic primar anestezist 40 puncte;
 - medic primar medicina de urgență 40 puncte;
 - medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obținută în ultimii 5 ani 10 puncte;
 - medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 5 ani: 15 puncte;

(punctajul se acordă pentru medicii din specialitățile clinice și medicii de familie care efectuează servicii medicale paraclinice - ecografii în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice/contractelor de furnizare de servicii medicale spitalicești, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară)

 - medic dentist 13 puncte;
 - medic dentist specialist 15 puncte;
 - medic dentist primar 20 puncte;

(punctajul se acordă pentru medicii dentiști care efectuează radiografii dentare retroalveolare și panoramice în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară)

 - medic specialist explorări funcționale 15 puncte;
 - medic primar explorări funcționale 20 puncte;
- operatori:
 - absolvent colegiu imagistică medicală 11 puncte;
 - asistent medical imagistică medicală: 9 puncte;
 - bioinginer: 13 puncte;
 - fizician: 13 puncte;
- asistenți medicali:
 - de radiologie cu studii superioare 10 puncte;
 - de radiologie fără studii superioare 8 puncte;
- asistenți generaliști pentru Eco + ATI 7 puncte;
- personal auxiliar - tehnician aparatură medicală 9 puncte.

NOTĂ: Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată.

C. Logistica:

a) distribuția rezultatelor investigațiilor la medicul care a recomandat investigația:

- rețea de transmisie imagini interne (RIS) 8 puncte;
- transmisie de imagini în perimetrul limitrof și la distanță (PACS) 10 puncte;

b) software dedicat activității de laborator

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

- operațional - instalat și cu aparate conectate pentru transmitere de date - 10 puncte;

c) website - care să conțină minimum următoarele informații:

- c1- datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, 2 puncte/punct
pentru laboratoarele/punctele de lucru din de lucru.
structura, orarul de funcționare,
certificări/acreditări
- c2 - chestionar de satisfacție a pacienților (cu obligația 5 puncte.
actualizării semestriale a rezultatelor și afișarea
pe site-ul furnizorului)

d) teleradiologie:

- server în centrul de achiziție 10 puncte
- server în centrul de citire 10 puncte
- linie VPN 10 puncte.

Punctajul se acordă o singură dată indiferent dacă furnizorul oferă servicii de teleradiologie CT sau RMN sau și CT și RMN.

Pentru furnizorii de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul pentru lit. a) și c.2 se acordă o singură dată pentru laborator/punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

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

2. Criteriul de disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acordă astfel:

- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, 30 puncte
de luni până vineri, se acordă
- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, 60 puncte
inclusiv sâmbătă, duminică și sărbători legale se acordă

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare /puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă pentru fiecare laborator/punct de lucru.

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

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

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

- a) 90%** pentru criteriul de evaluare;
- b) 10%** criteriul de disponibilitate.

B. Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor la cele trei criterii.

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

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre cele 2 criterii se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor pentru fiecare criteriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea celor trei sume stabilite conform lit. D.

F. Repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, investigații de radiologie și imagistică și explorări funcționale, se stabilește de către comisia constituită conform [art. 72 alin. \(2\) din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

Pentru furnizorii de explorări funcționale - criteriile specifice de selecție se aplică în mod corespunzător (numai investigațiile, aparatele și personalul specific).

G. În situația în care niciunul dintre furnizori nu îndeplinește criteriul de disponibilitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. A lit. b) se repartizează la criteriul prevăzut la lit. A lit. a).

Anexa 21

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE

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

I. Părțile contractante

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

și

Laboratorul de investigații medicale paraclinice organizat conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 629/2001](#), republicată:

- laboratorul individual, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil având sediul în municipiul/orașul adresă de e-mail fax reprezentat prin medicul titular

- laboratorul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentat prin medicul delegat

- societatea civilă medicală, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentată prin administratorul

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor [Legii societăților nr. 31/1990](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentată prin

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de email fax reprezentată prin

Laboratorul din Centrul de sănătate multifuncțional - unitate fără personalitate juridică și Laboratoare din structura spitalului, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești având sediul în municipiul /orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentat prin, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic și tratament/Centrul medical/Centrul de sănătate multifuncțional - unități medicale cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă de e-mail fax reprezentat prin

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Articolul 2

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), în următoarele specialități:

a)

b)

c)

Articolul 3

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

a) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate

b) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate

c)

IV. Durata contractului

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 400 /2014](#).

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită 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 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 10 alin. \(1\) din textul de H.G. nr. 400/2014](#), furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data 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 o zi lucrătoare de la data finalizării 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 deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

g) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia decontării lunare, motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

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

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice numai dacă medicii 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./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, 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 prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

l) să deconteze 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 și numai în condițiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat și cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești;

m) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, 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.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

Articolul 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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

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

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor [H.G. nr. 400/2014](#) și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

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

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

h) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare 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 acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;
 - l)** să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare;
 - m)** să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor 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 utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
 - p)** să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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;
 - q)** să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;
 - r)** să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;
 - s)** 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.
 - s)** să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale și acte administrative necesare investigației.
 - t)** să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;
 - t)** să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;
 - u)** să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;
 - v)** să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice; investigațiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate;
- Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu; Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu.
- w)** să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;
 - x)** să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale în vitro și au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;
 - y)** să facă mentenanță și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice, iar controlul intern și 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 selecție, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, numărul de analize medicale prevăzute în pachetul de bază pentru care se solicită certificatul de acreditare este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

aa) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate / Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul, investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și pentru orice alte investigații de același tip efectuate în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate /Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

ab) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru;

ac) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

ad) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate și limitele de normalitate ale acestora;

ae) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului și în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii;

af) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical, organizați conform [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000](#), aprobată cu modificări prin [Legea nr. 598/2001](#);

ag) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura;

ah) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în [H.G. nr. 400/2014](#) și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

ai) 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;

aj) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

ak) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relație contractuală cu casa; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia.

VI. Modalități de plată

Articolul 8

Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei conform anexei 17 și în condițiile prevăzute în anexa nr. 18 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#)

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

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

Tarifele contractate nu pot fi mai mari decât tarifele prevăzute în anexa 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

Suma anuală contractată este lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre și luni și se regularizează lunar.

Articolul 9

Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative care se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de

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

VII. Calitatea serviciilor medicale

Articolul 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

Articolul 11

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

IX. Clauze speciale

Articolul 12

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

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

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

Articolul 13

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

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

Articolul 14

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului /medicului, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice, aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor, paraclinice, aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - g), i) - r), t), ț), u), w), x), y), ag) -ah) și aj), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care, 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 10% contravaloarea serviciilor paraclinice, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (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) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (3), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic /furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (3) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

Articolul 15

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază deplin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii 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 de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

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

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

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepția situațiilor în care vina este exclusivă a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) și (2), precum și odată cu prima constatare după aplicarea măsurii de la art. 14 alin. (3) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) 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 măsurile prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

i) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. ab); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul.

j) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 72 alin. (11) din H.G. nr. 400/2014 și a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. ș), z), ac) - af);

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative menționate la art. 7 lit. aa);

l) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casele de asigurări de sănătate după data excluderii acestora din contract.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. e), g) și l) și art. 7 lit. e), f), i) și o) - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

Articolul 16

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

a) de drept la data la care a intervenit una dintre 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;

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

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

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

a5) medicul titular al laboratorului 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 paraclinice 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. 17 lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de încetare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru după caz.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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.

(4) 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 și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(5) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (3) și (4), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (4), în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(6) 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 (3) - (5), se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

Articolul 17

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. a) - c) din anexa 2 la H.G. nr. 400/2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. s), 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;

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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate 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;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitate de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație;

f) în situația în care casa de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sesizează, documentează, neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de suspendare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru după caz.

Articolul 18

(1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 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

Articolul 19

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul laboratorului declarat în contract.

(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 părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

Articolul 20

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

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

Articolul 21

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

Articolul 22

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 23

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă între 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 CLINICE
PARACLINICE

Președinte - director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcției
Economice,
.....
Director executiv al Direcției
Relații Contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios

Anexa 22

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI DE BAZĂ DE SERVICII
MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

Capitolul I

Pachetul de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitalicești pentru patologia care necesită internare în regim de spitalizare continuă, în condițiile prevăzute la Capitolul II litera F pct. 3 din anexa nr. 1 la [HG nr. 400/2014](#).

Spitalizarea continuă are o durată de peste 12 ore.

B. Servicii medicale spitalicești care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi în condițiile prevăzute la Capitolul II litera F pct. 8 din anexa 1 la [HG nr. 400/2014](#).

Spitalizarea de zi are o durată de maxim 12 ore/vizită (zi).

B. 1. Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale - caz rezolvat medical în spitalizare de zi și tarifele maxime pe caz rezolvat medical corespunzătoare:

Nr. crt.	Cod diag- nostic	Denumire afecțiune (diagnostic)	Tarif maximal pe caz rezolvat medical - lei
1	A04.9	Infecția intestinală bacteriană, nespecificată	304,46
2	A08.4	Infecția intestinală virală, nespecificată	241,74
3	A09	Diareea și gastro-enterita probabil infecțioase	255,40
4	A49.9	Infecția bacteriană, nespecificată	304,46
5	B18.1	Hepatita virală cronică B fără agent Delta	225,87
6	B18.2	Hepatita virală cronică C	225,87
7	D17.1	Tumora lipomatoasă benignă a pielii și a țesutului subcutanat al trunchiului	225,87
8	D50.0	Anemia prin carența de fier secundară unei pierderi de sânge (cronică)	335,03
9	D50.8	Alte anemii prin carența de fier	532,02
10	D50.9	Anemia prin carența de fier, nespecificată	340,34
11	E04.2	Gușă multinodulară netoxică	340,34
12	E06.3	Tiroidita autoimună	316,99
13	E10.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 1 cu control slab	303,12
14	E11.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 cu control slab	341,86
15	E11.9	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fără complicații	305,81
16	E44.0	Malnutriția proteino-energetică moderată	362,46
17	E44.1	Malnutriția proteino-energetică ușoară	362,46
18	E66.0	Obezitate datorită unui exces caloric	305,19
19	E89.0	Hipotiroidism postprocedural	328,89
20	F41.2	Tulburare anxioasă și depresivă mixtă	297,53
21	F50.9	Tulburare de apetit, nespecificată	297,53
22	G45.0	Sindrom vertebro-bazilar	227,98
23	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	224,53
24	I20.8	Alte forme de angină pectorală (*fără coronarografie)	273,62
25	I25.11	Cardiopatia aterosclerotică a arterei coronariene native	322,40
26	I25.9	Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată, fără coronarografie	302,74
27	I34.0	Insuficiență mitrală (valvă) (*fără indicație de	

		intervenție chirurgicală)	379,67
28	I35.0	Stenoza (valva) aortică (*fără indicație de intervenție chirurgicală)	400,68
29	I35.1	Insuficiența (valva) aortică(* fără coronarografie; fără indicație de intervenție chirurgicală)	381,12
30	I67.2	Ateroscleroză cerebrală	322,40
31	I67.8	Alte boli cerebrovasculare, specificate	322,40
32	I83.9	Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulceratie sau inflamatie	383,92
33	J00	Rino-faringita acută [guturaiul comun] (*pentru copii 0-5 ani)	167,15
34	J02.9	Faringita acută, nespecificată (*pentru copii 0-5 ani)	163,63
35	J03.9	Amigdalita acută, nespecificată	165,12
36	J06.8	Alte infecții acute ale căilor respiratorii superioare cu localizări multiple	171,71
37	J06.9	Infecții acute ale căilor respiratorii superioare, nespecificate	163,56
38	J12.9	Pneumonia virală, nespecificată	372,77
39	J15.8	Alte pneumonii bacteriene	398,65
40	J18.1	Pneumonia lobară, nespecificată	402,62
41	J18.8	Alte pneumonii, cu micro-organisme nespecificate	375,98
42	J18.9	Pneumonie, nespecificată	417,73
43	J20.9	Bronșita acută, nespecificată	168,46
44	J44.0	Boala pulmonară obstructivă cronică cu infecție acută a căilor respiratorii inferioare	375,74
45	J44.1	Boala pulmonară obstructivă cronică cu exacerbare acută nespecificată	370,60
46	J44.9	Boala pulmonară obstructivă cronică, nespecificată	360,39
47	J45.0	Astmul cu predominanță alergică	177,30
48	J47	Bronșiectazia	355,11
49	J84.8	Alte boli pulmonare interstițiale specificate	380,09
50	J84.9	Boala pulmonară interstițială, nespecificată	381,74
51	K21.0	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagită	307,15
52	K21.9	Boala refluxului gastro-esofagian fără esofagită	230,01
53	K26.3	Ulcerul duodenal, acut fără hemoragie sau perforație, diagnosticat anterior	200,82
54	K29.1	Alte gastrite acute	311,60
55	K29.5	Gastrita cronică, nespecificată	313,43
56	K29.9	Gastro-duodenita, nespecificată	216,25
57	K30	Dispepsia	180,12
58	K52.9	Gastroenterita și colita neinfecțioase, nespecificate	241,02
59	K58.0	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	322,47

60	K58.9	Sindromul intestinului iritabil fără diaree	309,88
61	K70.1	Hepatita alcoolică	271,45
62	K73.2	Hepatita activă cronică, neclasificată altundeva	405,55
63	K75.2	Hepatita reactivă nespecifică	474,96
64	K76.0	Degenerescenta grasoasă a ficatului, neclasificată altundeva	397,10
65	K81.1	Colecistita cronică	339,14
66	K81.8	Alte colecistite	290,90
67	K82.8	Alte boli specificate ale vezicii biliare	263,17
68	K91.1	Sindroame după chirurgia gastrică	285,59
69	L40.0	Psoriazis vulgaris	316,09
70	L50.0	Urticaria alergică (fără Edem Quinke)	204,48
71	L60.0	Unghia încarnată	297,32
72	M16.0	Coxartroza primară, bilaterală	196,79
73	M17.0	Gonartroza primară, bilaterală	202,45
74	M51.2	Alta deplasarea a unui alt disc intervertebral specificat, fără indicație operatorie	313,33
75	M54.4	Lumbago cu sciatică	347,28
76	M54.5	Dorsalgie joasă	378,19
77	N30.0	Cistita acută	221,39
78	N39.0	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	213,11
79	N47	Hipertrofia prepuțului, fimoză, parafimoză	229,22
80	N73.9	Boala inflamatorie pelviană feminină, nespecificată	138,35
81	N92.0	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclu menstrual regulat	332,24
82	N92.1	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclu menstrual neregulat	233,25
83	N92.4	Sângerări excesive în perioada de premenopauză	323,27
84	N93.8	Alte sângerări anormale specificate ale uterului și vaginului	389,85
85	N95.0	Sângerări postmenopauză	311,36
86	O02.1	Avort fals	97,77
87	O03.4	Avort spontan incomplet, fără complicații	98,84
88	O12.0	Edem gestațional	198,65
89	O21.0	Hiperemeza gravidică ușoară	125,86
90	O23.1	Infecțiile vezicii urinare în sarcină	127,48
91	O34.2	Îngrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterină datorită unei intervenții chirurgicale anterioare	464,82
92	R10.4	Altă durere abdominală și nespecificată	134,41
93	R59.0	Ganglioni limfatici măriți localizați	512,98
94	S61.0	Plaga deschisă a degetului (degetelor) fără vătămarea	

		unghiei	246,68
95	S61.88	Plaga deschisa a altor părți ale pumnului și mâinii	245,74
96	Z46.6	Amplasarea și ajustarea unei proteze urinare	127,48
97	Z50.9	Îngrijiri implicând o procedura de reabilitare, nespecificată	331,17
98	Z51.88	Alte îngrijiri medicale specificate	331,17
99	I25.5	Cardiomiopatie ischemică	273,62
100	I70.21	Ateroscleroza arterelor extremităților cu claudicație intermitentă	273,62
101	I80.3	Flebita și tromboflebita extremităților inferioare, nespecificată	383,92
102	R60.0	Edem localizat	198,65
103	I83.0	Vene varicoase cu ulceratie ale extremităților inferioare	383,92
104	I87.2	Insuficiență venoasă (cronică) (periferică)	383,92
105	A69.2	Boala Lyme (*diagnostic și tratament)	626,03

*) aceasta specificare nu face parte din denumirea diagnosticului, ci semnifica faptul că respectivul tip de caz poate fi rezolvat în spitalizare de zi cu condiția îndeplinirii criteriului din paranteză

Tabelul de la litera B.1. din anexa 22 a fost modificat de pct. 1 al art. I din ORDINUL nr. 723 din 19 iunie 2014, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 454 din 20 iunie 2014.

B. 2. Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi și tarifele maxime pe caz rezolvat corespunzătoare:

Font 7

Nr.	Cod	Tarif
Crt.	Proce-	maximal
	dură	pe caz
		rezolvat
		cu
		procedura
		chirurgi-
		cală- lei
1.	D01003	283,18
2.	D01004	283,18
3.	E04301	589,67
4.	E04302	589,67
5.	P07001	742,92
6.	P07002	742,92
7.	P07003	742,92
8.	P07004	742,92
9.	P07005	742,92
10.	P07006	

			septal/nazal	742,92
11.	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07007	Rinoplastie folosind grea de cartilaj de la zona donatoare de la distanta	742,92
12.	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07008	Rinoplastia folosind grea osoasă din zona donatoare de la distanță	742,92
13.	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07009	Rinoplastia folosind os și cartilaj ca grea de la zona donatoare de la distanță	742,92
14.	Bronhomedioscopie	G02401	Bronhoscopia	629,69
15.	Bronhomedioscopie	G02403	Fibrobronhoscopia	629,69
16.	Adenoidectomie	E04303	Adenoidectomia fără tonsilectomie	589,67
17.	Extracția de corpi străini prin bronhoscopie	G02502	Bronhoscopia cu extracția unui corp străin	526,19
18.	Strabismul adultului	C05702	Proceduri pentru strabism implicând 1 sau 2 mușchi, un ochi	526,19
19.	Abrogat			
20.	Extracția dentară chirurgicală	F00801	Extracție dentară sau a unor părți de dinte	283,18
21.	Extracția dentară chirurgicală	F00802	Extracție dentară cu separare	283,18
22.	Extracția dentară chirurgicală	F00901	Îndepărtare chirurgicală a unui dinte erupt	283,18
23.	Extracția dentară chirurgicală	F00902	Îndepărtare chirurgicală a 2 sau mai multi dinți erupți	283,18
24.	Extracția dentară chirurgicală	F00903	Îndepărtarea chirurgicală a unui dinte inclus sau parțial erupt, fără îndepărtare de os sau separare	283,18
25.	Extracția dentară chirurgicală	F00904	Îndepărtarea chirurgicală a unui dinte inclus sau parțial erupt, cu îndepărtare de os sau separare	283,18
26.	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02601	Dilatarea și curetajul uterin [D&C]	594,99
27.	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02602	Curetajul uterin fără dilatare	594,99
28.	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02801	Dilatarea și curetajul [D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcina	594,99
29.	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02802	Curetajul aspirativ al cavității uterine	594,99
30.	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M03702	Polipectomia la nivelul colului uterin	594,99
31.	Abrogat			
32.	Abrogat			
33.	Reparația cisto și rectocelului	M04402	Corecția chirurgicală a rectocelului	692,07
34.	Reparația cisto și rectocelului	M04403	Corecția chirurgicală a cistocelului și rectocelului	692,07
35.	Artroscopia genunchiului	O13205	Artroscopia genunchiului	439,53
36.	Operația artroscopică a meniscului	O13404	Menisectomie artroscopică a genunchiului	371,57
37.	Îndepărtarea materialului de osteosinteza	O18104	Îndepărtarea de broșă, șurub sau fir metalic, neclasificată în altă parte	492,38
38.	Îndepărtarea materialului de osteosinteza	O18106	Îndepărtarea de placa, tijă sau cui, neclasificată în altă parte	492,38
39.	Reparația diformității piciorului	O20404	Corecția diformității osoase	1.421,61
40.	Eliberarea tunelului carpal	A07402	Decompresia endoscopică a tunelului carpian	674,75
41.	Eliberarea tunelului carpal	A07403	Decompresia tunelului carpian	674,75

42.	Excizia chistului Baker	O13601	Excizia chistului Baker	682,96
43.	Rezolvarea contracturii Dupuytren	O07302	Fasciotomia subcutanată pentru maladia Dupuytren	674,75
44.	Rezolvarea contracturii Dupuytren	O08001	Fasciectomia palmară pentru contractura Dupuytren	674,75
45.	Repararea ligamentului încrucișat	O15303	Reconstrucția artroscopică a ligamentului încrucișat al genunchiului cu repararea meniscului	855,88
46.	Repararea ligamentului încrucișat	O15304	Reconstrucția ligamentului încrucișat al genunchiului cu repararea meniscului	855,88
47.	Excizia locala a leziunilor sânelui	Q00501	Excizia leziunilor sânelui	413,52
48.	Colecistectomia laparoscopică	J10102	Colecistectomia laparoscopică	1.050,94
49.	Colecistectomia laparoscopică	J10104	Colecistectomia laparoscopică cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin ductul cistic	1.050,94
50.	Colecistectomia laparoscopică	J10105	Colecistectomia laparoscopică cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin coledocotomia laparoscopică	1.050,94
51.	Chirurgia laparoscopică antireflux	J01401	Esofagogastriotomia laparoscopică cu recalibrarea hiatusului diafragmatic	1.050,94
52.	Chirurgia laparoscopică antireflux	J01402	Esofagogastriotomia laparoscopică cu fundoplastie	1.050,94
53.	Chirurgia laparoscopică antireflux	J01403	Esofagogastriotomia laparoscopică cu închiderea hiatusului diafragmatic și fundoplastie	1.050,94
54.	Hemoroidectomia	J08504	Hemoroidectomia	631,35
55.	Cura chirurgicală a herniei inghinale	J12603	Cura chirurgicală a herniei inghinale unilaterale	589,67
56.	Cura chirurgicală a herniei inghinale	J12604	Cura chirurgicală a herniei inghinale bilaterale	589,67
57.	Endoscopie digestivă inferioară cu polipectomie și biopsie	J06102	Colonoscopia flexibilă până la flexura hepatică, cu polipectomie	634,18
58.	Endoscopie digestivă inferioară cu polipectomie și biopsie	J06104	Colonoscopia flexibilă până la cec, cu polipectomie	634,18
59.	Endoscopie digestivă superioară	J00101	Esofagoscopia flexibilă	371,57
60.	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J01202	Esofagoscopia cu biopsie	589,67
61.	Endoscopie digestivă superioară	J13901	Panendoscopia până la duoden	371,57
62.	Endoscopie digestivă superioară	J13903	Panendoscopia până la ileum	371,57
63.	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14201	Panendoscopia până la duoden cu biopsie	589,67
64.	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14202	Endoscopia ileală cu biopsie	589,67
65.	Endoscopie digestivă inferioară	J05501	Colonoscopia flexibilă până la flexura hepatică	634,18
66.	Endoscopie digestivă inferioară	J05502	Colonoscopia flexibilă până la cec	634,18
67.	Endoscopie digestivă inferioară cu biopsie	J06101	Colonoscopia flexibilă până la flexura hepatică, cu biopsie	742,92
68.	Endoscopie digestivă inferioară cu biopsie	J06103	Colonoscopia flexibilă până la cec, cu biopsie	742,92
69.	Terapia chirurgicală a fimoziei	L03702	Circumcizia la bărbat	193,54
70.	Terapia chirurgicală a fimoziei	L04101	Reducerea parafimoziei	193,54
71.	Chirurgia varicelor	H12002	Injectări multiple cu substanțe sclerozante la nivelul venelor varicoase	808,68
72.	Chirurgia varicelor	H12501	Întreruperea joncțiunii safenofemurala varicoasă	808,68
73.	Chirurgia varicelor	H12502	Întreruperea joncțiunii safenopoplitee varicoasă	808,68

74.	Chirurgia varicelor	H12503	Înteruperea joncțiunilor safenofemorale și safeno-poplitee varicoase	808,68
75.	Chirurgia varicelor	H12601	Înteruperea a mai multor vene tributare unei vene varicoase	808,68
76.	Chirurgia varicelor	H12602	Înteruperea subfascială a uneia sau mai multor vene perforante varicoase	808,68
77.	Debridarea non excizională a tegumentului și țesutului subcutanat	P02103	Debridarea non excizională a arsurii	162,44
78.	Debridarea excizională a părților moi	O19301	Debridarea excizională a părților moi	649,77
79.	Debridarea excizională a tegumentului și țesutului subcutanat	P02201	Debridarea excizională a tegumentului și țesutului subcutanat	649,77
80.	Dilatarea și curetajul după avort sau pentru întrerupere de sarcină	M02801	Dilatarea și curetajul [D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină	462,30
81.	Aplicarea dispozitivului de fixare externă neclasificată altundeva	O17801	Aplicarea dispozitivului de fixare externă neclasificată altundeva	965,45
82.	Biopsia tegumentului și țesutului subcutanat	P01701	Biopsia tegumentului și țesutului subcutanat	609,55
83.	Incizia și drenajul abceselor tegumentelor și ale țesutului subcutanat	P00701	Incizia și drenajul hematomului tegumentar și al țesutului subcutanat	519,43
84.	Examinare fibroscopică a faringelui	E04701	Examinare fibroscopică a faringelui	444,84
85.	Panendoscopia până la duoden cu biopsie	J13901	Panendoscopia până la duoden	635,28
86.	Excizia leziunilor tegumentare și țesutului subcutanat	P01901	Excizia leziunilor tegumentare și țesutului subcutanat în alte zone	555,80
87.	Chiuretaj cu biopsia de col uterin și/sau endometru			444,84
88.	Îndepărtarea corpurilor străine din tegument și țesutul subcutanat cu incizie	P00601	Îndepărtarea corpurilor străine din tegument și țesutul subcutanat cu incizie	454,09
89.	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziuni multiple/leziune unică	P01309	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziune unică	273,03
90.	Repararea plăgilor tegumentare și ale țesutului subcutanat implicând țesuturile mai profunde	P02902	Repararea plăgilor tegumentare și ale țesutului subcutanat în alte zone implicând și țesuturile profunde	555,80
91.	Extragerea endoscopică a stentului ureteral	K02803	Extragerea endoscopică a stentului ureteral	360,11
92.	Rezecția parțială a unghiei încarnate	P02504	Rezecția parțială a unghiei încarnate	283,18
93.	Îndepărtarea dispozitivului de fixare externă	O18108	Îndepărtarea dispozitivului de fixare externă	379,98
94.	Coronarografie	H06801	Coronarografie	1.050,94
95.	Realizarea fistulei arterio-venoase la persoanele dializate		Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu venă) la nivelul membrului inferior	283,18
95*	Realizarea fistulei arterio-venoase la persoanele dializate	H15903	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu venă) la nivelul membrului superior	283,18
96.	Abrogat			
97.	Abrogat			
98.	Abrogat			
99.	Abrogat			
100.	Abrogat			

101.	Abrogat			
102.	Abrogat			
103.	Abrogat			
104.	Abrogat			
105.	Abrogat			
106.	Abrogat			
107.	Abrogat			
108.	Abrogat			
109.	Abrogat			

NOTĂ:

Pozițiile 5-13 din tabelul de mai sus se referă la cura chirurgicală a fracturilor de piramidă nazală după un traumatism recent; nu sunt incluse corecțiile estetice.

Tabelul de la litera B.2. din anexa 22 a fost modificat și completat de pct. 2, 3, 4 și 5 ale art. I din ORDINUL nr. 723 din 19 iunie 2014, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 454 din 20 iunie 2014.

B.3. Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi și tarifele maxime corespunzătoare:

B.3.1. Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraților prin tarif pe serviciu medical /vizită (zi) și pentru care în vederea decontării nu este necesară închiderea fișei de spitalizare de zi (FSZ) după fiecare vizită (zi).

Font 9

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif maximal pe serviciu medical
1.	Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj	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.	IMRT	640 lei/ședință
6.	Brahiterapie	302 lei/ședință
7.	Chimioterapie*) fără antiemetice	67 lei/ședință
8.	Chimioterapie*) cu antiemetice	80 lei/ședință
9.	Litotritie	350 lei/ședință
10.	Tratamentul și profilaxia rabiei cu antitetanic	171 lei/administrare
11.	Tratamentul și profilaxia rabiei fără antitetanic	111 lei/administrare
12.	Strabism la copii - reeducare ortoptică	50 lei/ședință

B.3.2. Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraților prin tarif pe serviciu medical și pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

Font 9

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif maximal pe serviciu medical
1.	Implant de cristalîn**)	1.050 lei/asigurat
2	Înterupere de sarcină cu recomandare medicală	272,4 lei/asigurat
3	Amniocenteză***)	900 lei/asigurat

4	Biopsie de vilozități coriale***)	900 lei/asigurat
5	Monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	200 lei/lună/asigurat
6	Evaluarea dinamică a răspunsului viro - imunologic*)	450 lei/lună/asigurat
7.	Monitorizare boli neurologice (epilepsie și tulburări de somn, boala Parkinson și alte manifestări extrapiramidale, boli neuromusculare, miastenia gravis și sindromul miastenic, neuropatii periferice, boli neurodegenerative ale sistemului nervos central, scleroza multiplă, stenoză arteriale carotidiene, vertebrale și artere subclaviculare, demențe)	200 lei/ asigurat
8	Monitorizarea talasemiei și hemofiliei*)	200 lei/lună/asigurat
9	Hepatite cronice de etiologie virală B, C și D****)	200 lei/lună/asigurat
10	Ciroza hepatică****)	200 lei/lună/asigurat
11	Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine)****)	200 lei/lună/asigurat
12	Boala Gaucher ****)	200 lei/lună/asigurat
13	Boala cronică inflamatorie intestinală pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat
14	Poliartrita reumatoidă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat
15	Artropatia psoriazică pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat
16	Spondilita ankilozantă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat
17	Artrita juvenilă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat
18	Psoriazis cronic sever pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat
19	Scleroza multiplă****)	200 lei/lună/asigurat
20	Boli rare****)	200 lei/lună/asigurat
21	Monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanței toracice	180 lei/asigurat
22	Instalarea de gastrostomie sau jejunostomie percutane pentru administrarea nutriției enterale;	589,67 lei/asigurat
	Proceduri specifice de terapia durerii:	
23	Analgezia autocontrolată	69,4 lei/asigurat
24	Analgezie subarahnoidiană	108,5 lei/asigurat
25	Analgezie epidurală simplă	136,6 lei/asigurat
26	Analgezie epidurală cu cateter	209,6 lei/asigurat
27	Blocaj nervi periferici	120,5 lei/asigurat
28	Infiltrație periradiculară transforaminală*****)	400 lei/asigurat
29	Bloc de ram median posterior*****)	120,5 lei/asigurat
30	Bloc de plex simpatic	400 lei/asigurat
31	Ablatie cu radiofrecvență de ram median *****)	209,6 lei/nivel/ asigurat
32	Ablatie cu radiofrecvență a inervației genunchiului sau a articulației coxofemorale *****)	690 lei/asigurat
33	Ablatie sacroiliac *****)	690 lei/asigurat

34	Infiltrație sacroiliacă*****)	400 lei/asigurat
35	Discografie stimulată*****)	400 lei/asigurat
	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginoase și crize de pierdere a conștienței fără diagnostic etiologic:	
36	- Cu investigații de înaltă performanță	409 lei/asigurat
37	- Fără investigații de înaltă performanță	204,48 lei/asigurat
38	Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă	50 lei/pacient
39	Urgență medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății	250 lei/pacient
40	Disectomie percutană	690 lei/2 discuri/asigurat
41	Endoscopie de canal spinal	690 lei/asigurat
42	Flavectomie	690 lei/2 discuri/asigurat
43	Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză,, infecția CMV, hepatită B și C)	340 lei/asigurat
	Monitorizare afecțiuni oncologice	
44	- Cu investigații de înaltă performanță	409 lei/asigurat
45	- Fără investigații de înaltă performanță	204,48 lei/asigurat
46	Monitorizare insuficiență renală cronică	204,48 lei/asigurat
47.	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.)	349,50 lei/asigurat
48.	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.)	133,57 lei/asigurat
	NOTĂ: În tarifele aferente serviciilor de la pozițiile 47 și 48 nu este inclus și costul toxinei botulinice.	
49.	Monitorizarea bolilor psihiatrice (tulburări cognitive minore, demențe incipiente, tulburări psihotice și afective în perioade de remisiune, tulburări nevrotice și de personalitate)	200 lei/asigurat
50.	Implantarea cateterului venos central long-life destinat: administrării de medicamente, dializei cronice sau administrării de chimioterapice (în cure lungi de 6-24 luni) pentru pacienții oncologici, hematologici, dializați Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central long-life.	1.200 lei/asigurat
51.	Monitorizarea pacemakerelor/defibrilatorului implantabil	309 lei/asigurat
52.	Monitorizarea pacienților cu insuficiență cardiacă congestivă pentru asigurați cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	327 lei/asigurat
53.	Monitorizarea pacienților cu tulburări de ritm/conducere cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	394 lei/asigurat
54.	Incizia și drenajul abceselor periosoase (loji superficiale ale capului și gâtului)	519,43 lei/asigurat
55.	Suprimarea firelor de sutură la pacienți cu despicături labio-maxilo-palatine după plastia buzei sau a palatului	530 lei/asigurat
56.	Iridectomia sau capsulotomia cu laser	150 lei/asigurat

57.	Implantare cateter peritoneal (tariful include și costul cateterului)	690 lei/asigurat
58.	Monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoaselor	130 lei/asigurat

Tabelul de la litera B.3.2. din anexa 22 a fost modificat și completat de pct. 6, 7 și 8 ale [art. I din ORDINUL nr. 723 din 19 iunie 2014](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 454 din 20 iunie 2014.

*) Tariful nu cuprinde medicamentele specifice nominalizate prin programele naționale de sănătate

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare.

***) Biopsia de vilozități 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 materno-fetală, pentru cazuri cu anomalii majore confirmate imagistic anterior procedurii sau în caz de patologie genetică în familie cu risc de transmitere la descendenți - la recomandarea medicului genetician, sau risc de aneuploidii mai mare de 1/100 la momentul examinării calculat prin algoritmul Fetal Medicine Foundation; în tarifele aferente acestora este inclusă și prelucrarea probelor prelevate - analiza ADN prin PCR a cromozomilor 13, 18, 21, X și Y pentru diagnosticarea sindromului Down, Edwards, Patau, a sexului fetal și anomalii numerice a cromozomilor sexuali.

****) Monitorizare afecțiunii care necesită administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

*****) sub ghidaj Rx

*****) sub ghidaj Rx și mașina de ablație.

NOTĂ pentru litera B:

1. Tarifele cuprind toate cheltuielile aferente cazurilor rezolvate precum și serviciilor medicale (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare, investigații medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operație, precum și cheltuieli indirecte).

2. Serviciile medicale spitalicești care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B, se pot contracta de casele de asigurări de sănătate cu unitățile sanitare cu paturi și unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, care au avizate/aprobate de Ministerul Sănătății structuri de spitalizare de zi

3. Serviciile acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B pot fi acordate și în regim de spitalizare continuă dacă pacientul prezintă complicații sau comorbidități cu risc pentru pacient, sângerare majoră ce pune problema repleției volemice, risc anestezic greu de managerizat în spitalizare de zi, iar durerea postprocedurală greu de controlat, proceduri invazive majore asociate

4. Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical este cel negociat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii prevăzuți la punctul 2, conform notei de fundamentare a tarifului completată prin utilizarea modelului prevăzut în anexa nr. 22 A la ordin.

5. Pentru fiecare poziție din cazurile rezolvate/serviciile medicale în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B punctele B. 1, B. 2, B. 3.1 și B.3.2, se întocmesc fișe de spitalizare de zi distincte.

6. Serviciile medicale/cazurile rezolvate prevăzute la litera B nu pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale spitalicești prevăzute la litera A. Excepție fac situațiile în care asiguratul internat în regim de spitalizare continuă poate beneficia concomitent, în altă unitate sanitară, de serviciile medicale prevăzute la punctul B. 3.1, pozițiile 1-8, după caz, dacă unitatea sanitară la care asiguratul este internat în regim de spitalizare continuă, nu poate acorda aceste servicii.

Pct. 6 de la nota pentru lit. B a lit. B a [cap. I din anexa 22 a fost modificat de RECTIFICAREA nr. 619 din 30 mai 2014](#) publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 438 din 16 iunie 2014.

7. Serviciile prevăzute la pozițiile 7, 8, 44, 45, 46, 49, 52, 53 și 58 din tabelul de la lit. B.3.2 includ, după caz, și diagnostic/depistare.

Punctul 7 la Nota pentru litera B din anexa 22 a fost introdus de pct. 9 al [art. I din ORDINUL nr. 723 din 19 iunie 2014](#), publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 454 din 20 iunie 2014.

C. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie.

Explorări computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă, cu dilacerare de părți moi și/sau afectare de organe interne
2. monotraumatisme:
 - cranio-cerebrale
 - coloană vertebrală
 - torace
 - abdomino-pelvine
 - fracturi cominutive și/sau deschise cu interesare de vase ale extremităților
3. hemoragii interne (după stabilizarea funcțiilor vitale)
4. accidente cerebro-vasculare acute și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical
5. insuficiență respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară
6. urgențe abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatită acută, peritonită, ocluzie intestinală, ischemie mezenterică, anevrism aortic etc.)
7. meningo-encefalită acută
8. stări comatoase

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

Explorări prin rezonanță magnetică nucleară (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare
2. accidente vasculare cerebrale și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizate CT
3. patologia oncologică indiferent de localizare
4. necroza aseptică de cap femural
5. urgențe în patologia demielizantă (nevrita optică; parapareze brusc instalate)

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

Explorări scintigrafice

1. tromboembolismul pulmonar
2. accidente coronariene acute
3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent

Explorări angiografice:

- afecțiuni vasculare indiferent de localizare

Capitolul II

Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală spitalicească cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă și de zi și se acordă în situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat.

1. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare continuă sunt:
 - a) urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care are acest potențial până la rezolvarea situației de urgență;
 - b) boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului;
 - c) nașterea
2. Criteriul pe baza căruia se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi este situația de urgență medico-chirurgicală, pentru serviciile medicale prevăzute la Capitolul I litera B punctul B.3.2 pozițiile 38 și 39.
3. Pentru criteriul urgență medico-chirurgicală, spitalul acordă serviciile medicale având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să îl externeze dacă serviciile medicale de urgență nu se mai justifică. Pentru spitalizarea continuă, la solicitarea pacientului se poate continua internarea în regim de spitalizare continuă cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitalicești de către pacient pentru perioada în care serviciile acordate nu mai reprezintă urgență.

Capitolul III

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European /Confederației Elvețiene, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în

perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de serviciile prevăzute la Capitolul II din prezenta anexă. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicești nu solicită bilet de internare.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în asistența medicală spitalicească, de serviciile prevăzute la Capitolul I din prezenta anexă. Furnizorii de servicii medicale spitalicești acordă serviciile medicale prevăzute la Capitolul I din prezenta anexă, pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la Capitolul II din prezenta anexă, sau de serviciile medicale prevăzute la Capitolul I din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Serviciile medicale prevăzute la Capitolul I, se acordă pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

Anexa 22 A

Documentele necesare pentru fundamentarea
tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de
spitalizare, a tarifului pe caz rezolvat/serviciu
pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi

1. Ștatul de personal
2. Execuția bugetului instituției sanitare publice la data de 31.12.2013
3. Ultima formă a bugetului de venituri și cheltuieli pentru anul 2013 valabilă la 31.12.2013, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Lista investigațiilor paraclinice/serviciilor medicale clinice - consultații interdisciplinare, efectuate în alte unități sanitare: nr., tipul, valoare și nr. de bolnavi internați pentru care au fost efectuate aceste servicii.
5. Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi, la fundamentarea tarifului pe caz/serviciu se prezintă: modelul de pacient, lista și numărul serviciilor medicale necesare pentru rezolvarea cazului/serviciului medical.
6. Stocul de medicamente, materiale sanitare și reactivi la 01.01.2013 și la 31.12.2013.
7. Fișa de fundamentare a tarifului pentru anul 2014, pe elemente de cheltuieli*)

*) Se completează pentru fiecare secție/compartiment pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, pe bază de tarif pe zi de spitalizare și pentru fiecare structură de spitalizare de zi pentru care plata serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi se face pe caz rezolvat/serviciu medical.

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificație bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizații de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	

Prima de vacanță	10.01.09	
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10.01.12	
Indemnizații de delegare	10.01.13	
Indemnizații de detașare	10.01.14	
Alocații pentru locuințe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuții	10.03	
Contribuții de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuții de asigurări de șomaj	10.03.02	
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10.03.04	
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10.03.06	
Contribuții la fondul de garantare a creanțelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri și servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curățenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat și forță motrică	20.01.03	
Apa, canal și salubritate	20.01.04	
Carburanți și lubrifianți	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poșta, telecomunicații, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20.01.09	
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20.01.30	
Reparații curente	20.02	
Medicamente și materiale sanitare	20.04	
Hrana	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanți	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	

Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detașări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detașări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărți, publicații și materiale documentare	20.11	
Consultanță și expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecția muncii	20.14	
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol și reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acțiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51.01.38	
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51.01.08	
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51.02.12	

MANAGER DIRECTOR MEDICAL DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL
.....

Anexa 22 B

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE PENTRU CARE SPITALUL NU DEȚINE DOTAREA NECESARĂ SAU APARATURA EXISTENTĂ ÎN DOTAREA ACESTUIA NU ESTE FUNCȚIONALĂ ȘI AL CONSULTAȚIILOR INTERDISCIPLINARE, EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE INDIFERENT DE FORMA DE ORGANIZARE A ACESTORA, PE BAZA RELAȚIILOR CONTRACTUALE STABILITE ÎNTRE UNITĂȚILE SANITARE (CONFORM [art. 97 lit. a\) DIN ANEXA 2 LA HOTĂRÂREA DE GUVERN NR. 400/2014](#))

UNITATEA SANITARĂ CU PATURI

LOCALITATEA

JUDEȚUL

CONTRACT ÎNCHEIAT CU CAS. NR.

1. DESFĂȘURĂTORUL LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE

LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile medicale paraclinice*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice efectuate	Număr investigații paraclinice efectuate	Tarif/investigație paraclinică contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări.

2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI 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 relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP/cod unic de asigurare	Tipul investigației paraclinice efectuate	Nr. investigații paraclinice efectuate	Tariful investigației efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotalul investigațiilor paraclinice efectuate pe un CNP/cod unic de asigurare				X	
TOTAL					

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 1.

Total col. C6 = total col. C5 din tabelul de la pct. 1.

3. DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAȚII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE (CONFORM art. 97 lit. b) DIN ANEXA 2 LA HOTĂRÂREA DE GUVERN NR. 400/2014)

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 relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul consultației interdisciplinare	Număr consultații interdisciplinare	Tarif/consultație interdisciplinară	Sume decontate
----------	--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	----------------

C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
TOTAL				X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată privată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

6. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, CARE NECESITĂ CONDIȚII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAȚIILOR ȘI INVESTIGAȚIILOR PARACLINICE

LUNA ANUL

Unitatea specializată care a furnizat serviciile de transport*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP/cod unic de asigurare	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km. aferenți serviciilor	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
Subtotal pe un CNP/cod unic de asigurare					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 și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

NOTĂ:

Desfășurătoarele se întocmesc lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, atât pe suport de hârtie cât și electronic, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelele de la pct. 2, 4 și 6, în coloana "c2", pentru cetățenii străini se va completa numărul de identificare sau numărul cardului european/numărul pașaportului.

MANAGER DIRECTOR MEDICAL DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL
.....

Anexa 22 C

Font 8

Unitatea sanitară cu paturi
Nr. Contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate.....

ADEVERINȚĂ

Nr. /data.....

Se adeverește prin prezenta că pacientul (nume prenume) CNP..... este internat începând cu data de în secția cu FOCG nr. Prezenta s-a eliberat în vederea prescrierii de medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care a depus-o spitalul la contractare.

Semnătura,

cod parafă

medic șef de secție

NOTĂ: se menționează în foaia de observație clinică generală numărul și data adeverinței.

Anexa 23

CONDIȚIILE ACORDĂRII SERVICIILOR MEDICALE ÎN UNITĂȚI SANITARE CU PATURI ȘI MODALITĂȚILE DE PLATĂ ALE ACESTORA

Articolul 1

Serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații sunt: servicii medicale spitalicești pentru patologii care necesită internare prin spitalizare continuă și spitalizare de zi.

Articolul 2

Serviciile medicale spitalicești se acordă sub formă de:

1. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare și paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv; spitalizarea continuă este spitalizare cu durata de spitalizare mai mare de 12 ore.
2. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienții care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore/vizită (zi).

Articolul 3

Serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, fac obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi. Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești prevăzut în anexa nr. 26 la ordin.

Tarifele pentru spitalizare de zi se negociază pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, și nu pot fi mai mari decât tarifele maxime prevăzute în anexa nr. 22 la ordin.

Articolul 4

(1) Furnizarea de servicii medicale spitalicești se acordă în baza contractelor încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi:

1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere și numărul de posturi aprobate, potrivit legii;
2. număr de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii;
3. număr de paturi contractabile cu încadrarea în planul de paturi aprobat la nivel județean stabilit prin ordin al ministrului sănătății; numărul de paturi contractabile pentru fiecare spital, se stabilește cu încadrarea în numărul de paturi aprobat la nivel județean de către o comisie formată din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică/direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie și se avizează de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pe baza fundamentărilor transmise de casele de asigurări de sănătate și avută în vedere la stabilirea numărului de paturi contractabile.
4. indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național, luat în calcul la stabilirea capacității spitalului funcție de numărul de paturi contractabile este:
 - pentru secții/compartimente de acută 290 zile
 - pentru secții/compartimente de cronici și îngrijiri paliative 320 zile
 - pentru secții/compartimente de cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și [art. 125 din Legea nr. 286/2009](#) privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) 360 zile.

5. număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel național pe tipuri de secții/compartimente;
6. durată de spitalizare/durata de spitalizare efectiv realizată/durată medie de spitalizare la nivel național în secțiile pentru afecțiuni acute, după caz;
7. număr de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea spitalului funcție de numărul de paturi contractabile;
8. indice de complexitate a cazurilor;
9. număr de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi și număr cazuri rezolvate acordate în regim de spitalizare de zi;
10. tarif pe caz rezolvat (DRG);
11. tarif mediu pe caz rezolvat (non DRG);
12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat pentru spitalizare de zi.
13. tarif pe zi de spitalizare pentru secții compartimente de cronici.
14. Durata medie de spitalizare la nivel național - DMS_nat - este 6,65 pentru anul 2014, cu excepția unităților sanitare de monospecialitate chirurgie orală și maxilofacială, pentru care se va utiliza DMS_nat = 4,8, și cu excepția unităților sanitare prevăzute în tabelul de mai jos, pentru care se va utiliza durata medie de spitalizare prevăzută în același tabel:

Cod CNAS	Denumire CNAS	DMS
AG01	Spitalul Județean de Urgență Pitești	6,9
AG02	Spitalul de Pediatrie Pitești	4,7
AR01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Arad	7,0
B_02	Spitalul Clinic de Urgență București	6,3
B_03	Spitalul Clinic de Urgență de Chirurgie Plastică, Reparatrice și Arsuri București	5,8
B_05	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu" București	4,5
B_06	Spitalul Clinic "Filantropia" București	3,4
B_09	Spitalul Clinic de Chirurgie Oromaxilofacială "Prof. Dr. Dan Teodorescu" București	3,5
B_18	Institutul Clinic Fundeni București	6,5
B_19	Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu" București	5,3
B_20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" București	5,4
B_21	Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon" București	4,7
B_28	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie" București	4,9
B_29	Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Ioan" București	5,2
B_32	Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională ORL "Prof. Dr. D. Hociotă" București	6,7
B_33	Spitalul Universitar de Urgență București	5,3
B_34	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sârbu" București	3,5
B_35	Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București	5,5
B_36	Institutul Național de Neurologie și Boli Neurovasculare București	6,9
B_47	Institutul Național de Pneumoftiziologie	

	"Marius Nasta" București	8,3
B_48	Institutul Național de Boli Infecțioase "Prof. Dr. Matei Balș" București	5,4
B_80	Spitalul Universitar de Urgență "Elias" București	5,3
BC01	Spitalul Județean de Urgență Bacău	6,0
BH01	Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea	6,2
BV01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Brașov	6,3
BV03	Spitalul Clinic de Copii Brașov	5,0
CJ01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Cluj-Napoca	6,7
CJ02	Institutul Regional de Gastroenterologie- Hepatologie "Prof. Dr. O. Fodor" Cluj-Napoca	5,9
CJ03	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca	4,4
CJ04	Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie "Leon Daniello" Cluj-Napoca	9,7
CJ09	Institutul Inimii "Prof. Dr. N. Stăncioiu" Cluj-Napoca	6,8
CT01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Constanța	6,1
DJ01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Craiova	5,9
GL01	Spitalul Județean Clinic de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Galați	6,3
GL02	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" Galați	5,0
HD01	Spitalul Județean de Urgență Deva	7,3
IS01	Spitalul Județean Clinic de Urgență "Sf. Spiridon" Iași	6,5
IS02	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași	5,7
IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. G.I.M. Georgescu" Iași	7,0
IS05	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Cuza-Vodă" Iași	5,3
IS07	Spitalul Clinic Pneumoftiziologie Iași	9,8
IS11	Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. N. Oblu" Iași	7,7
M13	Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare "Academician Vasile Cîndea"	7,0
MM01	Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opriș" Baia Mare	6,4
MS01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Târgu Mureș	7,3
PH01	Spitalul Județean de Urgență Ploiești	7,0
PH99	Spitalul de Pediatrie Ploiești	4,1
SB01	Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu	6,9
SB08	Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu	5,4
SV01	Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ioan Cel Nou"	

	Suceava	6,8
TM01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Timișoara	6,8
TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgență Timișoara	5,8
TM03	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "L. Turcanu" Timișoara	5,6
TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara	5,1

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitalicești acordate în funcție de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură și de încadrarea cu personalul de specialitate;
2. infecții nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;
3. gradul de operabilitate înregistrat pe secțiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;
4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;
5. numărul de cazuri de urgență medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgență (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;
6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractați pentru anul 2013, sau pentru perioada corespunzătoare, după caz.

(2) Spitalele vor prezenta caselor de asigurări de sănătate, în vederea contractării, nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manager interimar, numit prin ordin al ministrului sănătății în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective;

(3) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă, precum și numărul serviciilor medicale/cazurilor rezolvate estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești luând în calcul numărul de paturi contractabile, în condițiile prevederilor Hotărârii de Guvern nr. /2014 privind aprobarea Planului național de paturi pentru perioada 2014 - 2016.

(5) Furnizorul de servicii medicale spitalicești care înființează, conform legii, structuri sanitare cu paturi distincte, în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală sau pentru care solicită încheierea unui contract și/sau în raza administrativ-teritorială a oricărei case de asigurări de sănătate, poate încheia contract cu casa de asigurări de sănătate/casele de asigurări de sănătate, cu respectarea tuturor celorlalte condiții de contractare.

În situația în care furnizorul de servicii medicale spitalicești se regăsește în anexa 23 A la ordin, contractarea și decontarea pentru afecțiunile acute, se va face prin sistemul DRG pentru fiecare structură avizată/aprobată distinct, conform prevederilor legale în vigoare.

Fiecare structură distinctă (spital) a furnizorului de servicii medicale spitalicești va fi evidențiată distinct în anexa 23 A la ordin.

Pentru structurile distincte (spital) nou-înființate, pentru care nu există istoric astfel încât să poată fi calculat ICM și TCP conform metodologiei aplicată pentru calcularea acestor valori, contractarea se face pe baza tarifului mediu pe caz rezolvat (non DRG).

Pentru fiecare structură distinctă (spital) a furnizorului de servicii medicale spitalicești care are în componență secții /compartimente de cronici contractarea se face pe baza tarifului pe zi de spitalizare.

Pe parcursul derulării contractului pentru secțiile/compartimentele de acuți nou înființate ale furnizorului de servicii medicale spitalicești care se regăsește în anexa 23 A, contractarea se face pe baza tarifului pe caz rezolvat (DRG) al spitalului, prevăzut în anexa 23 A.

(6) Pe parcursul derulării contractului, acesta se modifică în cazul revizuirii categoriei de spital, în situația în care a fost modificată clasificarea în sensul descreșterii. Contractul se poate modifica în situația în care a fost revizuită clasificarea în sensul creșterii, cu condiția existenței unor fonduri disponibile cu destinația servicii medicale spitalicești. Economii rezultate datorită modificării contractelor ca urmare a revizuirii clasificării în sensul descreșterii categoriei de spital, se repartizează spitalelor de către casa de asigurări de sănătate cu care aceasta se află în relații contractuale, în funcție de criteriile avute în vedere la contractare.

Articolul 5

(1) Valoarea totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești, pentru afecțiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanțate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate contractate x indice case-mix 2014 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2014, respectiv
- număr de cazuri externate contractate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități

a1) Suma contractată (SC) de fiecare spital prevăzut în anexa 23 A la ordin cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute în sistem DRG, se calculează astfel:

$$SC = P \times (Nr_pat \times IU_pat / DMS_nat) \times ICM \times TCP$$

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Planului național de paturi, IU_pat, DMS_nat, TCP și ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel național, tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicele case-mix.

Valoarea procentului de referință (P) este stabilită în raport de clasificarea spitalelor în funcție de competențe conform prevederilor legale în vigoare, și este:

- a)** pentru categoria I: $P = 85\%$;
- b)** pentru categoria IM: $P = (P-4)\%$;
- c)** pentru categoria II: $P = (P-3)\%$;
- d)** pentru categoria IIM: $P = (P-5)\%$;
- e)** pentru categoria III: $P = (P-5)\%$;
- f)** pentru categoria IV: $P = (P-15)\%$;
- g)** pentru categoria V: $P = (P-23)\%$;
- h)** pentru spitalele neclasificabile: $P = (P-33)\%$.

a.1.1. Suma contractată conform celor de mai sus nu poate fi mai mică de 90% din suma contractată în anul precedent pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți pentru următoarele unități spitalicești:

(i) - pentru spitalele clasificate în categoriile I și IM, în condițiile prevăzute de Ordinul ministrului sănătății nr. 323 /2011, cu modificările și completările ulterioare;

(ii) - pentru spitalele prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății, interimar, nr. 1.085/2012, cu modificările și completările ulterioare, și pentru Spitalul Clinic de Urgență București, Spitalul Universitar de Urgență București, Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași, Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara și Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, spitale care asigură conducerea operativă a unităților funcționale prevăzute în anexa nr. 3 la același ordin.

a.1.2. Pentru anul 2014, suma contractată de spitale nu poate fi mai mare decât cu maximum 25% față de suma contractată în anul precedent pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți.

a.1.3. Pentru spitalele prevăzute la pct. a.1.1., subpct. (ii), suma contractată cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți se calculează în conformitate cu formula: $S_{contractată} = (Nr_pat \times IU_pat / DMS_nat) \times ICM \times TCP \times 85\% (P)$, numai dacă suma astfel calculată este mai mare decât cea rezultată prin aplicarea valorii procentului de referință P corespunzător spitalului conform pct. a1.

a.1.4. Pentru spitalele prevăzute în anexele nr. 2 și 6 la Ordinul ministrului sănătății, interimar, nr. 1.085/2012, cu modificările și completările ulterioare, precum și pentru alte spitale care participă cu structuri implicate în asigurarea asistenței medicale de urgență și terapie intensivă la constituirea unităților funcționale regionale de urgență prevăzute în anexa nr. 3 la același ordin, suma contractată cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți se calculează astfel: $SC = (Nr_pat \times IU_pat / DMS_nat) \times ICM \times TCP \times (P-3)\%$, numai dacă suma astfel calculată este mai mare decât cea rezultată prin calculul prevăzut la pct. a1).

a2) Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formula de la punctul a1) ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate ținând cont de valoarea procentului de referință pentru categoria în care se clasifică spitalul.

Pentru anul 2014, suma contractată de spitale nu poate fi mai mare decât cu maximum 25% față de suma contractată în anul precedent pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți.

a3) Număr de cazuri externate ce poate fi contractat:

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

a3.1. Numărul de cazuri externate calculat la suma contractată = SC (suma contractată) / $(ICM \times TCP)$ aferente fiecărui spital; rezultatul se rotunjește la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a3.2. Numărul anual de cazuri externate negociat și contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ține seama și de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează și raportează trimestrial evidența acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică.

a4) Indicele de case-mix pentru anul 2014 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin și rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Numărul de cazuri ponderate se obține prin înmulțirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

a5) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2014 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin și se stabilește pentru fiecare spital.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate - grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel național, limitele superioare și inferioare ale intervalului de normalitate al duratei de spitalizare pentru fiecare grupă de diagnostic, mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI - național, precum și definirea termenilor utilizați - sunt prevăzute în anexa nr. 23 B la ordin.

În situația în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin are în structură secții/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);

a6) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități (non DRG)

Tariful mediu pe caz rezolvat (non DRG) se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului și indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2013 și sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația servicii medicale spitalicești. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la ordin.

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

b) suma pentru spitalele de cronici precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății) din alte spitale, care se stabilește astfel: număr de cazuri externate x durata de spitalizare prevăzută în anexa 25 la ordin sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare

1. Numărul de cazuri externate

Numărul de cazuri externate pe spitale/secții/compartimente se negociază în funcție de:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate /avizate de Ministerul Sănătății, după caz) și al județului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție în anul 2014, în funcție de numărul de paturi contractabile, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secții/compartimente de cronici și de durata de spitalizare prevăzută în anexa 25 la ordin sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată, pentru secțiile /compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea prevăzută în anexa 25 la ordin, dar nu mai mică de 75% față de aceasta, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (1), după caz.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secție/compartiment se ține seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ține evidența acestor indicatori.

Numărul de cazuri externate, obținut în condițiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2013 pentru care nu se justifică internarea.

2. Durata de spitalizare pe secții este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în anexa nr. 25 la ordin.

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și [art. 125 din Legea nr. 286/2009](#) privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2013.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maxime prevăzute în anexa nr. 23 C la ordin.

4. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabilește astfel:

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2014 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la ordin.

c) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, finanțată din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul programului național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

e) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie și în cabinetele de boli infecțioase care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin;

f) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțată din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 18 la ordin;

g) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 22 la ordin.

(2) Sumele de la lit. c) și d), ale alin. (1) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la lit. e) și f) ale alin. (1) se alocă prin încheierea de contracte distincte corespunzătoare tipului de asistență medicală încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat.

Serviciile medicale care se acordă în aceste structuri din cadrul spitalelor, sunt prevăzute în anexa 22 litera B punctul B.3.2 pozițiile 38 și 39, sunt decontate prin tarif pe serviciu medical și sunt considerate servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi numai pentru situațiile neinternate prin spitalizare continuă. Numărul serviciilor medicale și tariful aferent acestora se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești. Sumele contractate pentru spitalizare de zi în cadrul acestor structuri, se evidențiază distinct în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu de specialitate sau în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unități sanitare cu paturi sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat (DRG) / tarifului mediu pe caz rezolvat (nonDRG) aferent spitalizării continue, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare continuă și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Serviciile medicale acordate în ambulatoriul unității sanitare cu paturi și decontate prin tarif pe serviciu medical sau acordate în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/serviciu medical sunt considerate servicii acordate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.

Articolul 6

(1) La contractarea serviciilor medicale spitalicești casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 90% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(2) Diferența de 10% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează astfel:

a) 9% pentru:

a.1. - decontarea serviciilor prevăzute la [art. 100 din HG nr. 400/2014](#).

a.2 situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, inclusiv regularizări trimestriale, după caz, cu avizul ordonatorului principal de credite.

b) 1% pentru complexitate suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă. Suma se calculează trimestrial numai spitalelor care îndeplinesc cumulativ următoarele criterii:

- prezența permanentă a cel puțin unui medic în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă,
- prezența permanentă a unui număr corespunzător de personal mediu sanitar, conform prevederilor legale în vigoare, în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă,
- consum de medicamente de minimum 5% din totalul bugetului stabilit pentru secția/compartimentul de terapie intensivă,
- consum de materiale sanitare cu cel puțin 50% peste media consumului de materiale sanitare la nivelul spitalului (media consumului la nivelul spitalului = consumul total de materiale sanitare la nivel de spital / nr. total al structurilor funcționale ale spitalului, conform structurii aprobate, care contribuie la rezolvarea cazurilor de spitalizare).

Suma aferentă fiecărui spital care îndeplinește criteriile de mai sus se stabilește conform următoarelor formule:

Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de terapie intensivă a spitalului / Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG la nivelul tuturor spitalelor aflate în contract cu o casă de asigurări de sănătate pentru secțiile/compartimentele de terapie intensivă x 25% din suma reprezentând 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor.

Casele de asigurări de sănătate încheie act adițional 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 secțiile/compartimentele de terapie intensivă pentru fiecare spital se pun la dispoziția caselor de asigurări de sănătate trimestrial de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

În situația în care nu sunt întrunite de către nici un furnizor, condițiile pentru acordarea sumei calculate trimestrial din 1%, suma respectivă se utilizează în condițiile lit. a.

Spitalele evaluează pacienții atât la intrarea cât și la ieșirea din compartimentele/secțiile 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 -		38.5 -	36.0 -	34.0 -	32.0 -	30.0 -	< 29.9
		40.9		38.9	38.4	35.9	33.9	31.9	
Mijloc BP (mm Hg)	> 160	130 -	110 -		70 -		50 -		< 49
		159	129		109		69		
Ritmul inimii (bătăi/min)	> 180	140 -	110 -		70 -		55 -	40 -	< 39
		179	139		109		69	54	
Rata respirației (respirații/min)	> 50	35 -		25 -	12 -	10 -	6 - 9		< 5
		49		34	24	11			
Oxygenare (kPa)*:									
FiO(2) > 50%	66.5	46.6 -	26.6 -		< 26.6				
		66.4	46.4						
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 -		7.50 -	7.33 -		7.25 -	7.15 -	< 7.15
		7.59		7.59	7.49		7.32	7.24	
Serum sodium (mmol/l)	> 180	160 -	155 -	150 -	130 -		120 -	111 -	< 110
		179	159	154	149		129	119	

Serum potassium	> 7	6.0 -	5.5 -	3.5 -	3.0 -	2.5 -	< 2.5
(mmol/l)		6.9	5.9	5.4	3.4	2.9	
Serum creatinine	> 300	171 -	121 -	50 -		< 50	
(micromol/l)		299	170	120			
Total volum celule (%)	> 60	50 -	46 -	30 -		20 -	< 20
		59.9	49.9	45.9		29.9	
Număr de leucocite (x 10 ⁹ /l)	> 40	20 -	15 -	3 -		1 -	< 1
		39.9	19.9	14.9		2.9	
Alte variabile: - Scala de comă Glasgow - Boli cronice - Vârsta - Statut chirurgical							

Articolul 7

(1) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2014 cu destinația servicii medicale spitalicești, se contractează de către casele de asigurări de sănătate prin acte adiționale la contractele inițiale pentru anul 2014. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare condițiile avute în vedere la contractare și indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii inițiale de contract/actelor adiționale, precum și nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractați.

(2) Pentru spitalele/secțiile/compartimentele de acuți, din sumele care nu au fost contractate inițial, se pot acorda sume suplimentare pentru situațiile prevăzute la art. 6 alin. (2) pct. a2, sumă ce poate fi contractată numai pentru serviciile medicale acordate de la data semnării actului adițional, dar fără a se depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital stabilită astfel:

$(Nr_pat \times IU_pat / DMS_nat) \times ICM \times TCP / 12 \text{ luni}$

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Planului național de paturi, IU_pat, DMS_nat, TCP și ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel național, tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicele case-mix.

Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

Articolul 8

Sumele pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi de unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, inclusiv centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, și care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, se determină prin înmulțirea numărului de servicii medicale spitalicești/cazuri rezolvate cu tarifele negociate aferente acestora. Tarifele sunt stabilite conform prevederilor art. 3.

Articolul 9

(1) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuți, se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate și raportate de către spital, din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară, cu excepția lunii iunie 2014 pentru care nu se scad cazurile invalidate din luna anterioară;
- validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se realizează de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- validarea și invalidarea se realizează de casele de asigurări de sănătate în baza reglementărilor legale în vigoare care reglementează materia asigurărilor sociale de sănătate
- indicele de case-mix prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin;
- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2014, prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin;

2. Trimestrial se fac regularizări și decontări, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuți, în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate în ordine cronologică în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 iunie 2014 și până la sfârșitul trimestrului respectiv.

Pentru trimestrul II 2014 regularizarea se face distinct pentru perioada 1 ianuarie - 31 mai 2014, respectiv pentru luna iunie 2014, cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

- valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz
- TCP-ul prevăzut pentru fiecare spital în anexa nr. 23 A la ordin.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuți, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate cât și 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 situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate și validate cât și 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 nivelul contractat.

În situația în care contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale, efectiv realizate, acordate în regim de spitalizare de zi este mai mare decât suma contractată pentru spitalizare de zi, decontarea acestora se face în limita sumelor disponibile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. a) pentru situațiile prevăzute la subpunctul a.2, în acest sens fiind încheiat un act adițional.

b) pentru serviciile medicale spitalicești pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

b1) pentru spitalele de cronici și pentru secțiile/compartimentele de cronici:

1. decontarea lunară în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă cronici se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară, cu excepția lunii iunie pentru care nu se scad cazurile invalidate din luna anterioară;
- validarea și invalidarea se realizează de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- validarea și invalidarea se realizează de casele de asigurări de sănătate în baza reglementărilor legale în vigoare care reglementează materia asigurărilor sociale de sănătate
- durata de spitalizare, astfel: durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin dacă durata efectiv realizată este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din anexa nr. 25 la ordin;
- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 și art. 125 din din Legea nr. 286/2009

privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, pneumoftiziologie adulți și copii, psihiatrie cronici, serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Pct. 1, subpct. b1), lit. b), alin. (1), art. 9 din anexa 23 a fost modificat de RECTIFICAREA nr. 619 din 30 mai 2014, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 505 din 8 iulie 2014.

2. Trimestrial se fac regularizări și decontări în limita sumei contractate pentru spitalizare cronici în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate pentru perioada de la 1 iunie 2014 și până la sfârșitul trimestrului respectiv;
- validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se realizează de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- validarea și invalidarea se realizează de casele de asigurări de sănătate în baza reglementărilor legale în vigoare care reglementează materia asigurărilor sociale de sănătate;

Pentru trimestrul II 2014 regularizarea se face distinct pentru perioada 1 ianuarie - 31 mai 2014, respectiv pentru luna iunie 2014, cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

- durata de spitalizare, astfel: durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin dacă durata efectiv realizată este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută în anexa nr. 25 la ordin;
- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secțiilor pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009

privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani, precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, pneumoftiziologie adulți și copii, psihiatrie cronici, decontarea se face în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Pentru trimestrul II 2014 regularizarea se face distinct pentru perioada 1 ianuarie - 31 mai 2014, respectiv pentru luna iunie 2014, cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

În situația în care numărul de cazuri externate este mai mare decât numărul cazurilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare această depășire dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe liste le de așteptare a cazurilor programabile, și dacă creșterea numărului de cazuri realizate se regăsește în reducerea numărului de cazuri contractate din alte spitale/secții din județul respectiv, iar această depășire se încadrează în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective.

Pentru monitorizarea eficienței managementului de spital, a utilizării judicioase a fondurilor alocate, în cadrul regularizării trimestriale, casele de asigurări de sănătate au în vedere corelarea corespunzătoare a indicatorilor contractați și realizați pentru perioada de la 1 iunie 2014 până la sfârșitul trimestrului respectiv.

Pct. 2, subpct. b1), lit. b), alin. (1), **art. 9 din anexa 23 a fost modificat de RECTIFICAREA nr. 619 din 30 mai 2014**, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 505 din 8 iulie 2014.

b2) pentru serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă:

1. Decontarea lunară se face în funcție de numărul de zile de spitalizare realizat și de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi, cu încadrarea în suma contractată lunar pentru servicii paliative.

2. Trimestrial se fac regularizări și decontări cu încadrarea în suma contractată trimestrial pentru servicii paliative în funcție de: numărul de zile de spitalizare realizat în trimestrul pentru care se face regularizarea și de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi.

Pentru trimestrul II 2014 regularizarea se face distinct pentru perioada 1 ianuarie - 31 mai 2014, respectiv pentru luna iunie 2014, cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

c) pentru serviciile medicale spitalicești, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (aprobate/avizate de Ministerul Sănătății, după caz ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de cronici, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuți, se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară, cu excepția lunii iunie pentru care nu se scad cazurile invalidate din luna anterioară;

- validarea și invalidarea se realizează de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

- validarea și invalidarea se realizează de casele de asigurări de sănătate în baza reglementărilor legale în vigoare care reglementează materia asigurărilor sociale de sănătate;

- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologii care necesită internare prin spitalizare continuă.

2. Trimestrial se fac regularizări și decontări, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuți, în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate în ordine cronologică în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 iunie 2014 și până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;

- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologii care necesită internare prin spitalizare continuă.

Pentru trimestrul II 2014 regularizarea se face distinct pentru perioada 1 ianuarie - 31 mai 2014, respectiv pentru luna iunie 2014, cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuți, în limita economiilor realizate pentru continuă acuți se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate cât și 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 situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate și validate cât și 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 realizează la nivelul contractat.

În situația în care contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale, efectiv realizate, acordate în regim de spitalizare de zi este mai mare decât suma contractată, decontarea acestora se face în limita sumelor disponibile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. a) pentru situațiile prevăzute la subpunctul a.2, în acest sens fiind încheiat act adițional.

d) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice se decontează la nivelul realizărilor în limita sumei prevăzute în program pentru medicamente și materiale sanitare specifice;

e) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor în limita sumelor contractate cu această destinație;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, cabinete de boli infecțioase și în cabinete de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, decontată din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor decontată din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 18 la ordin, în limita sumei contractate;

h) pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate spitalizare de zi, se face în funcție de:

- numărul de cazuri/servicii realizate și validate din care se scad cazurile/serviciile nevalidate în luna anterioară;
- validarea și invalidarea se realizează de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- validarea și invalidarea se realizează de casele de asigurări de sănătate în baza reglementărilor legale în vigoare care reglementează materia asigurărilor sociale de sănătate;
- tariful negociat pe serviciu/caz rezolvat

Prin excepție, pentru cazurile/serviciile realizate raportate pentru luna iunie, la decontare nu se ține cont de validarea realizată de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

2. La regularizarea trimestrială, începând cu trimestrul III 2014, în vederea decontării, casele de asigurări de sănătate au în vedere următoarele:

- numărul de cazuri rezolvate/servicii, realizate și validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 iulie 2014 și până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;
- tariful negociat pe caz rezolvat/serviciu

Contravaloarea serviciilor/cazurilor rezolvate calculată pe baza indicatorilor de mai sus trebuie să se încadreze în sumele contractate pentru spitalizare de zi.

În situația în care contravaloarea cazurilor rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate și validate este peste cea contractată, casele de asigurări de sănătate pot deconta această depășire în limita economiilor înregistrate în spitalizarea continuă acuți.

În situația în care contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale, efectiv realizate, acordate în regim de spitalizare de zi este mai mare decât suma contractată pentru spitalizare de zi, decontarea acestora se face în limita sumelor disponibile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. a) pentru situațiile prevăzute la subpunctul a.2, în acest sens fiind încheiat un act adițional.

(2) Cazurile internate în regim de spitalizare continuă și de zi 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 și 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, diferența fiind suportată de asigurat.

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de același 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, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor 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, în același tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează - la unitatea sanitară de la care a fost transferat cazul - în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor 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 unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la punctul 3 litera F Capitolul II din anexa 1 la [Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#), și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 25% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

Articolul 10

Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate:

a) cheltuielile privind investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională, cu încadrarea în bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru investigații paraclinice pentru pacienții internați, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 22 B la ordin.

b) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, cu excepția transportului efectuat de serviciile publice de ambulanță pentru pacienții care nu se află în stare critică și care se află în unitățile sau compartimentele de primiri urgențe și care necesită transport la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparținând unității sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, acesta fiind suportat de către Ministerul Sănătății din fondul alocat serviciilor de ambulanță; sumele plătite de către spitale pentru transportul interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 22 B la ordin.

c) suma aferentă consultațiilor interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru consultațiile interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 22 B la ordin.

Articolul 11

(1) Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat.

Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilite prin acte normative.

Contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort se stabilește de fiecare unitate sanitară furnizoare de servicii spitalicești. Pentru unitățile sanitare cu paturi, atât publice cât și private contribuția personală a asiguraților pentru aceste servicii este de maxim 300 lei/zi.

(2) Spitalele încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății, astfel:

a) Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

b) Pentru serviciile medicale spitalicești, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Excepție fac serviciile medicale spitalicești acordate în secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitalicești pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și [art. 125 din Legea nr. 286/2009](#) privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, serviciile medicale spitalicești pentru tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitalicești pentru pacienții din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor spital precum și serviciile medicale spitalicești de lungă durată - ani și serviciile medicale spitalicești pentru care criteriul de internare este urgența medico - chirurgicală.

c) Pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplății este de 5 lei iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplății este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul Consiliului de administrație al unității sanitare respective.

(3) Furnizorii de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești contractate, încasează din partea asiguratului numai sumele reprezentând coplata și contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort.

(4) Categoriile de asigurați scutite de coplată prevăzute la [art. 213¹ din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și documente și/sau după caz declarație pe proprie răspundere că îndeplinește condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în anexa 23 D la ordin.

Articolul 12

(1) Spitalele inclusiv centrele de sănătate multifuncționale cu și fără personalitate juridică, sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv investigații paraclinice și pentru medicamente - în limita listei prezentată la contractare -, materiale sanitare, cu excepția medicamentelor, materialelor sanitare pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate, medicamentele pentru bolile pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile [H.G. nr. 400/2014](#), și ale prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor și se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobată prin decizie a conducătorului instituției; metodologia va fi pusă la dispoziția casei de asigurări de sănătate și va fi adusă la cunoștință și pacienților la internarea acestora în spital.

Articolul 13

(1) Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă numai pe bază de recomandare medicală asiguraților conform fișelor de solicitare prevăzute în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică pacienților internați. Fișele de solicitare se întocmesc într-un singur exemplar dacă serviciile medicale de înaltă performanță se efectuează de către spitalul în care este internat pacientul, fără a se întocmi bilet de trimitere pentru servicii medicale paraclinice.

(3) În situația în care spitalele nu dețin dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestora nu este funcțională, pentru pacienții internați cărora li se recomandă servicii medicale de înaltă performanță prevăzute la alin. (1) ce vor fi efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, spitalele întocmesc fișele de solicitare prevăzute în anexa nr. 24 la ordin care se completează în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea și, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță.

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

Articolul 14

Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală 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), informații care trebuie să se regăsească și în foaia de observație clinică generală la epicriză.

Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să elibereze prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă recomandă un tratament în ambulatoriu conform scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital, pentru o perioadă de maximum 30 de zile.

Articolul 15

(1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spitale pe trimestre și luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

(2) Casa de asigurări de sănătate decontează, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, a cazurilor care necesită internare în secțiile de obstetrică și neonatologie și a bolilor cu potențial endemo-epidemic. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, spitalele 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.

(4) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați și, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcție de subordonare, și caselor de asigurări de sănătate execuția bugetului de venituri și cheltuieli.

Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale de la data de 1 iunie 2014, cu excepția spitalizării de zi pentru care se iau în calcul serviciile/cazurile realizate și raportate de la data de 1 iulie 2014, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Articolul 16

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele 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 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, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare și cu centrele de dializă private în contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii ce-și desfășoară activitatea în aceste unități. Modelul de convenție este cel prevăzut în anexa nr. 42 la ordin.

Serviciile medicale spitalicești pot fi acordate asiguraților și pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Articolul 17

Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către membrii Comitetului director, care răspund, în condițiile legii, de realitatea și exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției.

Articolul 18

Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitalicești sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoștință Ministerului Sănătății sau celorlalte ministere, respectiv autorităților administrației publice locale, în funcție de subordonare, și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situație, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății, ai ministerului de resort, ai autorităților administrației publice locale, după caz, precum și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluționează divergențele.

Articolul 19

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

Articolul 20

Furnizorii de servicii medicale spitalicești vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare și a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute în anexa nr. 22 A la ordin.

Anexa 23 A

LISTA

spitalelor pentru care plata se face prin tarif
pe caz rezolvat, ICM și TCP valabil pentru anul 2014

Font 8

Nr. crt.	Cod Spital	Denumire spital	ICM 2014*)	TCP 2014**)
1	AB01	Spitalul Județean de Urgență Alba Iulia	1.1843	1444
2	AB02	Spitalul de Boli Cronice Câmpeni	1.0816	1380
3	AB03	Spitalul Municipal Blaj	1.1596	1380
4	AB04	Spitalul Orășenesc Abrud	0.9182	1380
5	AB05	Spitalul Municipal Aiud	1.0852	1380
6	AB06	Spitalul Orășenesc Câmpeni	1.0176	1380
7	AB08	Spitalul Municipal Sebeș	1.0121	1380
8	AB09	Spitalul Orășenesc Cugir	0.9115	1380
9	AB12	Spitalul de Pneumoftiziologie Aiud	0.9376	1380
10	AG01	Spitalul Județean Pitești	1.2771	1600
11	AG02	Spitalul de Pediatrie Pitești	1.1461	1600
12	AG04	Spitalul de Pneumoftiziologie Câmpulung	0.9738	1380
13	AG05	Spitalul Municipal Câmpulung	1.0548	1380
14	AG06	Spitalul Orășenesc "Regele Carol I" Costești	1.3458	1380
15	AG07	Spitalul Municipal Curtea de Argeș	1.0118	1380
16	AG08	Spitalul Orășenesc "Sf. Spiridon" Mioveni	0.8184	1380
17	AG13	Spitalul de Psihiatrie Sf Maria Vedea	1.3421	1380
18	AG14	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf Andrei"		

		Valea Iaşului	0.9036	1380
19	AG15	Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni	0.9623	1380
20	AG24	SC Muntenia Medical Competences SA	0.9233	1380
21	AR01	Spitalul Judeţean Clinic de Urgenţă Arad	1.2365	1600
22	AR05	Spitalul Orăşenesc Ineu	0.9873	1380
23	AR06	Spitalul de Boli Cronice Lipova	0.7289	1380
24	AR07	Spitalul Orăşenesc Sebiş	0.7348	1380
25	AR14	Spitalul "Sf. Gheorghe" Chişineu-Criş	0.9320	1380
26	AR20	Centrul Medical Laser System	1.0574	1380
27	AR21	S.C. Genesys Medical Clinic S.R.L.	1.0963	1380
28	B_01	Spitalul Clinic "Sf. Maria" Bucureşti	1.0521	1442
29	B_02	Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti	1.5091	1800
30	B_03	Spitalul Clinic de Urgenţă de Chirurgie Plastică, Reparatorie şi Arsuri Bucureşti	2.3175	2230
31	B_04	Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" Bucureşti	1.1092	1510
32	B_05	Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Gr. Alexandrescu" Bucureşti	1.3100	1600
33	B_06	Spitalul Clinic "Filantropia" Bucureşti	0.8222	1600
34	B_08	Spitalul Clinic de Urgenţe Oftalmologice Bucureşti	0.6192	1380
35	B_09	Spitalul Clinic de Chirurgie Oromaxilofacială "Prof. Dr. Dan Teodorescu" Bucureşti	0.7279	1600
36	B_101	Tinos Clinic SRL	1.0578	1380
37	B_102	S.C. Proestetica Medical S.R.L.	0.6751	1380
38	B_103	S.C. Centrul Medical Unirea S.R.L.	0.9034	1380
39	B_11	Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucureşti	0.9212	1800
40	B_113	SC Delta Health	1.2241	1380
41	B_116	Sanador	1.5308	1380
42	B_12	Institutul de Endocrinologie "C. I. Parhon" Bucureşti	0.9347	1600
43	B_120	Euro Eye S.R.L.	0.6049	1380
44	B_121	Clinica de angiografie şi terapie endovasculară Hemodinamic	1.1326	1380
45	B_124	SC MedLife SA Sucursala Bucureşti	0.6153	1380
46	B_128	SC Medicover Hospitals SRL	0.8260	1380
47	B_129	Spital Monza	1.2799	1380
48	B_13	Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino" Bucureşti	1.2271	1380
49	B_14	Institutul Naţional de Diabet, Nutriţie şi Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucureşti	1.2557	1600
50	B_15	Spitalul Clinic de Ortopedie - Traumatologie şi TBC Osteoarticular "Foişor" Bucureşti	1.2595	1825

51	B_16	Spitalul Clinic Colentina București	1.5742	1380
52	B_18	Institutul Clinic Fundeni București	1.3118	1808
53	B_19	Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu" București	2.1592	1600
54	B_20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" București	1.0591	1600
55	B_21	Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon" București	1.2166	1600
56	B_22	Spitalul Clinic de Copii "Dr. V. Gomoiu" București	1.2244	1380
57	B_23	Spitalul Clinic "Colțea" București	1.6021	1380
58	B_25	Spitalul Clinic de Boli infecțioase și Tropicale "Dr. V. Babeș" București	1.1928	1380
59	B_27	Spitalul Clinic de Psihiatrie "Dr. Alexandru Obregia" București	1.4302	1380
60	B_28	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie" București	1.0744	1600
61	B_29	Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Ioan" București	1.3299	1600
62	B_31	Spitalul Clinic "Prof. Dr. Th. Burhele" București	1.1125	1658
63	B_32	Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională ORL "Prof. Dr. D. Hociota" București	1.4252	1600
64	B_33	Spitalul Universitar de Urgență București	1.1893	1800
65	B_34	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sîrbu" București	0.8085	1600
66	B_35	Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București	2.1019	1600
67	B_36	Institutul Național de Neurologie și Boli Neurovasculare București	1.4936	1600
68	B_38	Centrul de Evaluare și Tratatament a Toxicodependențelor pentru Tineri "Sf. Stelian"	1.3249	1380
69	B_40	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf. Ștefan"	0.8659	1380
70	B_41	Centrul de Boli Reumatismale "Dr. I. Stoia" București	1.5301	1580
71	B_42	Spitalul Clinic "Nicolae Malaxa" București	1.1389	1380
72	B_47	Institutul Național de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" București	1.5016	1600
73	B_48	Institutul Național de Boli Infecțioase "Prof. Dr. Matei Balș" București	1.6146	1600
74	B_50	Centrul de Sănătate RATB	1.1049	1380
75	B_80	Spitalul Universitar de Urgență "Elias" București	1.1612	1600
76	B_90	Spitalul de Psihiatrie Titan "Dr.C.Gorgoș"	1.3878	1380
77	B_91	SC Crestina Medicala MUNPOSAN '94 SRL	0.8159	1380
78	B_95	Euroclinic Hospital S.A.	1.1604	1380
79	B_96	SC Med Life SA	1.0659	1380
80	B_97	Clinica Sf. Lucia S.R.L.	0.8000	1380
81	B_99	Gral Medical SRL	1.1418	1380

82	BC01	Spitalul Județean de Urgență Bacău	1.1432	1600
83	BC02	Spitalul De Pneumoftiziologie Bacău	1.0777	1380
84	BC03	Spitalul Municipal Onești	1.1078	1380
85	BC04	Spitalul Orășenesc Buhuși	0.8886	1380
86	BC05	Spitalul Orășenesc "Ioan Lascăr" Comănești	1.0575	1380
87	BC06	Spitalul Municipal de Urgență Moinești	1.0821	1380
88	BC08	SC Polimed SRL	0.9172	1380
89	BC14	Clinica Palade Bacău	0.7572	1380
90	BC15	S.C. Eldimedmaterna S.R.L.	0.8290	1380
91	BH01	Spitalul Clinic Județean De Urgență Oradea	1.2050	1600
92	BH02	Spitalul Clinic Municipal "Dr. Gavril Curteanu" Oradea	1.1962	1380
93	BH07	Spitalul Orășenesc Alesd	1.0270	1380
94	BH09	Spitalul Municipal "Episcop N. Popovici" Beiuș	0.9750	1380
95	BH10	Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita	1.0127	1380
96	BH11	Spitalul De Psihiatrie Nucet	1.1340	1380
97	BH12	Spitalul Municipal Salonta	1.0054	1380
98	BH13	Spitalul Orășenesc Ștei	0.7183	1380
99	BH14	Spitalul De Psihiatrie Ștei	0.9871	1380
100	BH26	Spitalul Pelican Oradea	1.3646	1380
101	BH32	Euclid Oradea	0.5906	1380
102	BN01	Spitalul Județean Bistrița	1.0677	1444
103	BN02	Spitalul Orășenesc "Dr. G. Trifon" Năsăud	0.7908	1380
104	BN03	Spitalul Orășenesc Beclean	0.8119	1380
105	BN09	S.C. Clinica Sanovil S.R.L	0.9568	1380
106	BR01	Spitalul Județean de Urgență Brăila	1.4040	1444
107	BR05	Spitalul Orășenesc Făurei	0.8735	1380
108	BR07	Spitalul "Sf.Pantelimon" Brăila	1.3046	1380
109	BR09	Spitalul de Pneumoftiziologie Brăila	0.9966	1380
110	BT01	Spitalul Județean de Urgență "Mavromati" Botoșani	1.0395	1444
111	BT02	Spitalul "Sf. Gheorghe" Botoșani	0.9934	1380
112	BT06	Spitalul Municipal Dorohoi	0.9632	1380
113	BT10	Spitalul de Pneumoftiziologie Botoșani	0.9845	1380
114	BV01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Brașov	1.3755	1600
115	BV02	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Dr. I. A. Sbârcea" Brașov	0.8867	1380
116	BV03	Spitalul Clinic de Copii Brașov	1.1404	1600
117	BV04	Spitalul de Boli Infecțioase Brașov	1.4887	1380

118	BV05	Spitalul de Pneumoftiziologie Braşov	1.0892	1380
119	BV06	Spitalul Municipal Făgăraş	0.9986	1380
120	BV08	Spitalul Municipal Codlea	0.9652	1380
121	BV10	Spitalul Orăşenesc "Dr. C. T. Sparchez" Zărneşti	0.8477	1380
122	BV12	Spitalul Orăşenesc Rupea	0.7855	1380
123	BV13	Spitalul de Psihiatrie şi Neurologie Braşov	1.2790	1380
124	BV17	S.C. Rur Medical S.R.L.	0.8669	1380
125	BV18	Clinicile ICCO SRL	1.3720	1380
126	BV21	Spitalul Teo Health SA	1.2123	1380
127	BV23	S.C. Centrul Medical Unireal S.R.L. Braşov	0.8524	1380
128	BV24	S.C. PDR S.A.	1.1037	1380
129	BV25	SC Onco Card SRL - Centrul De Diagnostic şi Tratament Oncologic	1.1088	1380
130	BV28	SC Clinicile ICCO Ortopedie SRL	1.8678	1380
131	BZ01	Spitalul Judeţean Buzău	1.1088	1444
132	BZ02	Spitalul Municipal Râmnicu Sărat	0.9977	1380
133	BZ04	Spitalul Orăşenesc Nehoiu	0.7803	1380
134	BZ09	Spitalul De Psihiatrie şi Pentru Măsuri De Siguranţă Sapoca	1.3390	1380
135	CJ01	Spitalul Judeţean Clinic de Urgenţă Cluj-Napoca	1.2048	1800
136	CJ02	Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. Dr. O. Fodor" Cluj-Napoca	1.6438	1600
137	CJ03	Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca	1.1671	1600
138	CJ04	Spitalul de Pneumoftiziologie "Leon Daniello" Cluj-Napoca	1.5084	1600
139	CJ05	Spitalul Clinic de Boli Infecţioase Cluj-Napoca	1.4535	1380
140	CJ06	Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca	0.9945	1380
141	CJ07	Spitalul Municipal Clinic Cluj-Napoca	1.1605	1380
142	CJ08	Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca	1.1542	1800
143	CJ09	Institutul Inimii "Prof. Dr. N. Stăncioiu" Cluj-Napoca	2.0972	1600
144	CJ10	Spitalul Municipal Dej	0.9827	1380
145	CJ11	Spitalul Municipal Turda	0.9546	1380
146	CJ12	Spitalul Municipal Gherla	0.8106	1380
147	CJ13	Spitalul Orăşenesc Huedin	1.0386	1380
148	CJ14	Spitalul Municipal Câmpia Turzii	0.8554	1380
149	CJ21	Institutul Clinic de Urologie şi Transplant Renal Cluj-Napoca	0.7807	1839
150	CL01	Spitalul Judeţean de Urgenţă Călăraşi	1.0047	1444
151	CL02	Spitalul Municipal Olteniţa	0.7860	1380

152	CL03	Spitalul Orășenesc Lehliu-Gară	0.7962	1380
153	CL06	Spitalul de Psihiatrie Săpunari	1.3548	1380
154	CL07	Spitalul de Pneumoftiziologie Călărași	1.1171	1380
155	CS01	Spitalul Județean Reșița	1.1590	1444
156	CS02	Spitalul Municipal de Urgență Caransebeș	0.9619	1380
157	CS03	Spitalul Orășenesc Oravița	0.7501	1380
158	CS05	Spitalul Orășenesc Moldova Nouă	0.7458	1380
159	CS07	Spitalul Orășenesc Oțelu Roșu	0.8219	1380
160	CT01	Spitalul Clinic Județean De Urgență Constanța	1.3493	1800
161	CT04	Spitalul Municipal Medgidia	1.0167	1380
162	CT05	Spitalul Orășenesc Cernavodă	0.9916	1380
163	CT06	Spitalul Municipal Mangalia	1.0265	1380
164	CT07	Spitalul Orășenesc Hârșova	0.8850	1380
165	CT14	Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Constanța	1.3578	1380
166	CT18	S.C. Medical Analysis	1.1834	1380
167	CT19	SC Medstar 2000 S.R.L.	1.2690	1380
168	CT20	Euromaterna SA	1.1979	1380
169	CT22	ISIS Medical Center	1.2094	1380
170	CT24	SC Rocomedicor SRL	0.8061	1380
171	CV01	Spitalul Județean "Dr. Fogolyan Kristof" Sfântu Gheorghe	1.1260	1444
172	CV03	Spitalul Municipal Târgu Secuiesc	0.9547	1380
173	CV04	Spitalul Orășenesc Baraolt	0.7008	1380
174	CV05	Spitalul de Cardiologie Covasna	0.6789	1380
175	CV08	SC Andimex SRL	0.6176	1380
176	DB01	Spitalul Județean Târgoviște	1.2099	1444
177	DB02	Spitalul Orășenesc Pucioasa	0.9745	1380
178	DB03	Spitalul Orășenesc Găești	0.9804	1380
179	DB04	Spitalul Orășenesc Moreni	0.9107	1380
180	DJ01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Craiova	1.2159	1800
181	DJ02	Spitalul Municipal Clinic "Filantropia" Craiova	1.1412	1380
182	DJ03	Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie "Victor Babeș" Craiova	1.0673	1380
183	DJ04	Spitalul Municipal "Dr. Irinel Popescu" Băilești	0.8878	1380
184	DJ05	Spitalul "Filisanilor" Filiași	0.9976	1380
185	DJ06	Spitalul Orășenesc Segarcea	0.8461	1380
186	DJ07	Spitalul Municipal Calafat	0.9022	1380
187	DJ13	Spitalul Orășenesc "Așezămintele Brâncovenesti" Dăbuleni	0.9452	1380

188	DJ18	Spitalul De Pneumoftiziologie Leamna	1.1636	1380
189	DJ20	Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Craiova	1.2056	1380
190	DJ30	Centrul Medical Mogos Med	0.6466	1380
191	DJ32	SC Topmedical SRL Craiova	0.4848	1380
192	GJ01	Spitalul Județean Târgu Jiu	1.0746	1444
193	GJ02	Spitalul Municipal Motru	0.9419	1380
194	GJ03	Spitalul Orășenesc Târgu Cărbunești	1.0465	1380
195	GJ04	Spitalul Orășenesc Rovinari	0.9087	1380
196	GJ05	Spitalul Orășenesc Novaci	0.9823	1380
197	GJ06	Spitalul Orășenesc Bumbăști-Jiu	1.0170	1380
198	GJ10	Spitalul de Pneumoftiziologie Tudor Vladimirescu	0.8656	1380
199	GJ11	Spitalul Orășenesc Turceni	0.8123	1380
200	GL01	Spitalul Județean Clinic de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Galați	1.3167	1600
201	GL02	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" Galați	1.2511	1600
202	GL03	Spitalul de Psihiatrie "Elisabeta Doamna" Galați	1.2041	1380
203	GL04	Spitalul de Obstetrică-Ginecologie "Bunavestire" Galați	0.8833	1380
204	GL05	Spitalul de Pneumoftiziologie Galați	0.9724	1380
205	GL06	Spitalul de Boli Infecțioase "Sfânta Cuvioasă Parascheva" Galați	1.2258	1380
206	GL07	Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci	0.8712	1380
207	GL08	Spitalul Orășenesc Târgu Bujor	0.7506	1380
208	GR01	Spitalul Județean Giurgiu	0.9810	1444
209	GR05	Spitalul Orășenesc Bolintin-Vale	0.8448	1380
210	HD01	Spitalul Județean de Urgență Deva	1.2748	1600
211	HD02	Spitalul Municipal "Dr. A. Simionescu" Hunedoara	1.2217	1380
212	HD03	Spitalul Municipal de Urgență Petroșani	1.2047	1380
213	HD05	Spitalul Municipal Lupeni	1.0639	1380
214	HD06	Spitalul Municipal Vulcan	0.9630	1380
215	HD07	Spitalul Municipal Brad	1.0246	1380
216	HD08	Spitalul Municipal Orăștie	0.9812	1380
217	HD09	Spitalul Orășenesc Hațeg	0.9440	1380
218	HD18	Spitalul de Psihiatrie și Pentru Măsuri De Siguranță Zam	1.1080	1380
219	HR01	Spitalul Județean Miercurea-Ciuc	1.1540	1444
220	HR02	Spitalul Municipal Odorheiul Secuiesc	1.0740	1380
221	HR03	Spitalul Municipal Gheorgheni	0.9400	1380
222	HR04	Spitalul Municipal Toplița	0.9309	1380

223	HR07	Spitalul de Psihiatrie Tulgheș	1.3516	1380
224	IF01	Spitalul de Obstetrică Ginecologie Buftea	0.8438	1380
225	IF03	Spitalul de Psihiatrie Eftimie Diamandescu Bălăceanca	1.3343	1380
226	IF06	Spitalul Județean "Sfinții Împărați Constantin și Elena" Ilfov	0.9079	1444
227	IL01	Spitalul Județean de Urgență Slobozia	1.0698	1444
228	IL02	Spitalul Municipal Urziceni	0.9179	1380
229	IL03	Spitalul Municipal Fetești	0.9109	1380
230	IL04	Spitalul Orășenesc Tândărei	0.7749	1380
231	IS01	Spitalul Județean Clinic de Urgență "Sf. Spiridon" Iași	1.4020	1800
232	IS02	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași	1.2692	1600
233	IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. G.I.M. Georgescu" Iași	2.0348	1600
234	IS04	Spitalul Clinic "Dr. CI. Parhon" Iași	1.3035	1726
235	IS05	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Cuza-Vodă" Iași	1.1307	1600
236	IS06	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Elena Doamna" Iași	0.9950	1380
237	IS07	Spitalul Clinic Pneumoftiziologie Iași	1.7201	1600
238	IS08	Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola Iași	1.3217	1380
239	IS09	Spitalul Clinic de Boli infecțioase "Sf. Parascheva" Iași	1.2346	1380
240	IS11	Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. N. Oblu" Iași	2.0223	1600
241	IS12	Spitalul Clinic de Recuperare Iași	1.1944	1380
242	IS13	Spitalul Orășenesc Hârlău	0.7002	1380
243	IS14	Spitalul Municipal Pașcani	0.9783	1380
244	IS28	Spital Providența	0.9711	1380
245	IS30	Arcadia Hospital	0.8388	1380
246	IS31	Arcadia Cardio	1.5442	1380
247	IS36	Institutul Regional de Oncologie Iași	1.5117	1800
248	M01	Spitalul Militar de Urgență "Regina Maria" Brașov	1.1181	1380
249	M02	Spitalul Militar de Urgență "Dr. Ștefan Odobleja"	1.0836	1380
250	M03	Spitalul Militar de Urgență Cluj-Napoca	1.1981	1380
251	M04	Spitalul Militar de Urgență Galați	1.0624	1380
252	M05	Spitalul Militar de Urgență Dr. Victor Popescu Timișoara	1.0742	1380
253	M06	Spitalul Clinic de Urgență "Avram Iancu" Oradea	1.0791	1380
254	M07	Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila"	1.2574	1600
255	M08	Spitalul Militar de Urgență Iași	1.1645	1380

256	M09	Spitalul Militar de Urgență dr. Alexandru Augustin Sibiu	1.0532	1380
257	M10	Spitalul Militar de Urgență dr. Ion Jianu Pitești	1.0898	1380
258	M11	Spitalul militar de Urgență "dr. Alexandru Gafencu" Constanța	1.0084	1380
259	M12	Spitalul Militar de Urgență Focșani	1.1506	1380
260	M13	Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare "Academician Vasile Cârdea"	2.1466	1600
261	M14	Spitalul de Urgență "Prof.dr. Dimitrie Gerota"	1.2261	1444
262	M15	Spitalul Militar de Urgență "Prof.Dr. Agrippa Ionescu"	1.1969	1444
263	M16	Spitalul "Prof.Dr. Constantin Angelescu"	0.9674	1380
264	MH01	Spitalul Județean Drobeta-Turnu Severin	1.0499	1444
265	MH02	Spitalul Municipal Orșova	0.9059	1380
266	MH05	Spitalul Orășenesc Baia de Aramă	0.7892	1380
267	MM01	Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Oprea" Baia Mare	1.3134	1600
268	MM02	Spitalul de Boli Infecțioase, Dermatovenerologie și Psihiatrie Baia Mare	1.3721	1380
269	MM03	Spitalul de Pneumoftiziologie "Dr. Nicolae Rusdea" Baia Mare	1.1424	1380
270	MM04	Spitalul Municipal Sighetu Marmăției	0.9193	1380
271	MM06	Spitalul de Psihiatrie Cavnic	0.9743	1380
272	MM07	Spitalul de Recuperare Borșa	0.8757	1380
273	MM08	Spitalul Orășenesc Târgu Lăpuș	0.7519	1380
274	MM09	Spitalul Orășenesc Vișeu de Sus	0.8430	1380
275	MM11	SC CHE Cosmedica SRL	1.2799	1380
276	MM12	SC Euromedica Hospital S.A.	1.3522	1380
277	MM15	SC Clinica Somesan SRL	0.3231	1380
278	MS01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Târgu Mureș	1.8337	1800
279	MS02	Spitalul Clinic Județean Mureș	1.2187	1444
280	MS04	Spitalul Municipal Sighișoara	1.0699	1380
281	MS05	Spitalul Orășenesc "Dr. Vaier Russu" Luduș	0.9327	1380
282	MS06	Spitalul Municipal "Dr. E. Nicoară" Reghin	0.9686	1380
283	MS07	Spitalul Municipal "Dr. Gh. Marinescu" Târnăveni	1.0912	1380
284	MS11	Centrul de Sănătate Sângeorgiu De Pădure	0.5654	1380
285	MS15	Centrul Medical "Galenus" - SC Adria Med SRL	0.7561	1380
286	MS16	S.C. Centrul Medical Topmed S.R.L.	1.1193	1380
287	MS18	SC Cardio Med SRL	2.2746	1380
288	MS19	SC Nova Vita Hospital SA	1.1529	1380
289	MS20	S.C. Cosmex S.R.L.- Centrul Medical Puls	1.3690	1380

290	MS21	Spitalul Sovata-Niraj	0.9137	1380
291	MS24	Institutul de Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș	2.3412	1800
292	NT01	Spitalul Județean de Urgență Piatra-Neamț	1.1819	1444
293	NT02	Spitalul Municipal de Urgență Roman	1.1599	1380
294	NT04	Spitalul Orășenesc Târgu-Neamț	1.0067	1380
295	NT07	Spitalul de Pneumoftiziologie Bisericani	0.9274	1380
296	OT01	Spitalul Județean Slatina	1.1410	1444
297	OT02	Spitalul Orășenesc Balș	1.0842	1380
298	OT03	Spitalul Municipal Caracal	1.0981	1380
299	OT04	Spitalul Orășenesc Corabia	0.9553	1380
300	PH01	Spitalul Județean de Urgență Ploiești	1.1151	1600
301	PH04	Spitalul de Obstetrică-Ginecologie Ploiești	0.8478	1380
302	PH05	Spitalul de Ortopedie și Traumatologie Azuga	1.0111	1380
303	PH06	Spitalul Orășenesc Băicoi	0.7528	1380
304	PH07	Spitalul Municipal Câmpina	0.9695	1380
305	PH08	Spitalul Orășenesc Sinaia	0.8424	1380
306	PH09	Spitalul Orășenesc Mizil	0.8123	1380
307	PH102	Spitalul de Pneumoftiziologie Drajna	0.9873	1380
308	PH105	Dentirad Hospital SRL	0.7008	1380
309	PH106	SC Spital Lotus SRL	0.3150	1380
310	PH12	Spitalul Orășenesc Vălenii de Munte	0.7792	1380
311	PH13	Spitalul de Psihiatrie Voila	1.3775	1380
312	PH14	Spitalul de Boli Pulmonare Breaza	0.9539	1380
313	PH20	Spitalul de Boli Infecțioase Ploiești	0.9878	1380
314	PH96	Spitalul de Pneumoftiziologie Florești	0.9169	1380
315	PH98	Spitalul Municipal Ploiești	0.9651	1380
316	PH99	Spitalul de Pediatrie Ploiești	0.9661	1600
317	SB01	Spitalul Clinic Județean Sibiu	1.2998	1600
318	SB02	Spitalul de Psihiatrie "Dr.Gh.Preda" Sibiu	1.1628	1380
319	SB03	Spitalul de Pneumoftiziologie Sibiu	1.0842	1380
320	SB04	Spitalul Municipal Mediaș	0.9542	1380
321	SB05	Spitalul Orășenesc Agnita	0.8588	1380
322	SB06	Spitalul Orășenesc Cislădie	0.7592	1380
323	SB08	Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu	1.3807	1600
324	SB11	SC Clinica Polisano SRL	1.1140	1380
325	SJ01	Spitalul Județean Zalău	1.2802	1444
326	SJ02	Spitalul Orășenesc "Prof. Dr. Ioan Pușcaș" Șimleu		

		Silvaniei	0.8720	1380
327	SJ03	Spitalul Orășenesc Jibou	0.9456	1380
328	SJ10	S.C. Salvosan Ciobanca .S.R.L.	1.0126	1380
329	SM01	Spitalul Județean Satu Mare	1.0858	1444
330	SM03	Spitalul de Pneumoftiziologie Satu Mare	0.8938	1380
331	SM04	Spitalul Municipal Carei	0.9967	1380
332	SM05	Spitalul Orășenesc Negrești-Oaș	0.9187	1380
333	SM08	Gynoprax	0.7414	1380
334	SV01	Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ioan Cel Nou"		
		Suceava	1.2911	1600
335	SV02	Spitalul Municipal Câmpulung Moldovenesc	0.8981	1380
336	SV03	Spitalul Municipal Fălticeni	0.9359	1380
337	SV04	Spitalul Orășenesc Gura Humorului	0.6859	1380
338	SV05	Spitalul Municipal Rădăuți	1.0723	1380
339	SV06	Spitalul Orășenesc Siret	0.6249	1380
340	SV07	Spitalul Municipal Vatra Dornei	0.7621	1380
341	SV08	Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret	1.1445	1380
342	SV12	Spitalul de Psihiatrie Câmpulung Moldovenesc	1.3788	1380
343	SV17	Spitalul Bethesda Suceava	1.0422	1380
344	T01	Spitalul General CF 2 București	0.9523	1380
345	T02	Spitalul Universitar CF Witing	0.8103	1380
346	T03	Spitalul Clinic CF Constanța	0.9447	1380
347	T04	Spitalul Universitar CFR Craiova	0.9168	1392
348	T05	Spitalul Universitar CF Cluj	0.9297	1380
349	T06	Spitalul Universitar C.F. Iași	1.0585	1380
350	T07	Spitalul Universitar CF Timișoara	0.8384	1380
351	T08	Spitalul Clinic CF Oradea	1.0427	1380
352	T09	Spitalul General CF Brașov	0.9343	1380
353	T10	Spitalul C.F.R. Galați	0.8829	1380
354	T11	Spitalul General CF Ploiești	0.8044	1380
355	T12	Spital General CF Sibiu	0.8747	1380
356	T13	Spitalul General CF Drobeta Turnu Severin	0.8955	1380
357	T14	Spitalul General CF Pașcani	0.7441	1380
358	T15	Spitalul General CF Simeria	1.0314	1380
359	T16	Spital CF Oradea-Secție Exterioară CF Satu Mare	1.0990	1380
360	T17	Spital CF Galați - Secția Exterioară cu Paturi CF		
		Buzău	0.9685	1380
361	TL01	Spitalul Județean de Urgență Tulcea	0.9651	1444
362	TL03	Spitalul Orășenesc Măcin	0.9792	1380

363	TM01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Timișoara	1.4387	1800
364	TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgență Timișoara	1.2132	1600
365	TM03	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "L. Țurcanu" Timișoara	1.3169	1600
366	TM04	Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie "Dr. V. Babeș"	1.3754	1481
367	TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara	1.9759	1600
368	TM07	Spitalul Municipal Lugoj	1.0034	1380
369	TM09	Spitalul Orășenesc Deta	0.8585	1380
370	TM10	Spitalul "Dr. Karl Diel" Jimbolia	0.9373	1380
371	TM11	Spitalul Orășenesc Sânnicolau Mare	0.9038	1380
372	TM12	Spitalul Orășenesc Făget	0.6953	1380
373	TM15	Spitalul De Psihiatrie și Pentru Măsuri De Siguranță Gătaia	1.2946	1380
374	TM16	Spitalul de Psihiatrie și Pentru Măsuri de Siguranță Jebel	1.0666	1380
375	TM17	Centrul Clinic de Evaluare și Recuperare Pentru Copii și Adolescenți Cristian Șerban Buziaș	0.8896	1380
376	TM22	Centrul De Oncologie Oncohelp	0.9230	1380
377	TM23	Athena Hospital	0.8970	1380
378	TM24	S.C. Medicorclinics S.R.L.	0.9474	1380
379	TM26	Centrul Medical Sfânta Maria	1.1494	1380
380	TM27	Materna Care	1.2799	1380
381	TR01	Spitalul Județean Alexandria	1.0836	1444
382	TR02	Spitalul Municipal Turnu Măgurele	0.6696	1380
383	TR03	Spitalul Municipal "Caritas" Roșiori de Vede	0.8342	1380
384	TR04	Spitalul Orășenesc Zimnicea	0.6292	1380
385	TR05	Spitalul Pneumoftiziologie Roșiorii De Vede	1.0414	1380
386	TR08	Spitalul Psihiatrie Poroschia	1.3652	1380
387	TR12	Spitalul Orășenesc Videle	0.6899	1380
388	VL01	Spitalul Județean de Urgență Râmnicu Vâlcea	1.0850	1444
389	VL03	Spitalul Municipal "Costache Nicolescu" Drăgășani	0.8162	1380
390	VL04	Spitalul Orășenesc Horezu	0.8519	1380
391	VL05	Spitalul Orășenesc Brezoi	0.7613	1380
392	VL06	Spitalul de Pneumoftiziologie "C. Anastasatu" Mihăești	1.0471	1380
393	VL11	SC Incarmed SRL Râmnicu Vâlcea	1.0940	1380
394	VL15	SC Rapitest Clinica SRL	0.5518	1380
395	VN01	Spitalul Județean de Urgență "Sf. Pantelimon" Focșani	1.1347	1444
396	VN02	Spitalul Municipal Adjud	0.9378	1380

397	VN04	Spitalul Orășenesc Panciu	0.9750	1380
398	VN07	Spitalul Comunal Vidra	0.8287	1380
399	VN09	Spital Materna SRL	0.6130	1380
400	VS01	Spitalul Județean de Urgență Vaslui	1.1084	1444
401	VS02	Spitalul Municipal de Urgență "Elena Beldiman" Bârlad	1.1304	1380
402	VS04	Spitalul Municipal Huși	1.0516	1380
403	VS07	Spitalul de Psihiatrie Murgeni	0.7250	1380

*) ICM pentru anul 2014 este egal cu ICM realizat 2013, dar nu mai mult decât ICM contractat în anul 2013 + maxim 5%

Pentru spitalele care nu au fost finanțate în sistem DRG în anul 2013, ICM pentru anul 2014 este egal cu ICM-ul Spitalului realizat în anul 2013, dar nu mai mare decât ICM - ul mediu național pentru anul 2013 + maxim 5%
ICM mediu național 2013 = 1.2189

**) TCP pentru anul 2014 este egal cu TCP-ul pentru anul 2013 în vigoare la 31.12.2013

Pentru spitalele care nu au fost finanțate în sistem DRG în anul 2013, TCP-ul pentru anul 2014 este 1380 lei.

Anexa 23 B I

LISTA CATEGORIILOR MAJORE DE DIAGNOSTIC

Cod	Categoria	Denumire categorie majoră de diagnostic
CMD	majoră de	diagnostic
0		Pre-CMD
1	CMD 01	Boli și tulburări ale sistemului nervos
2	CMD 02	Boli și tulburări ale ochiului
3	CMD 03	Boli și tulburări ale urechii, nasului, gurii și gâtului
4	CMD 04	Boli și tulburări ale sistemului respirator
5	CMD 05	Boli și tulburări ale sistemului circulator
6	CMD 06	Boli și tulburări ale sistemului digestiv
7	CMD 07	Boli și tulburări ale sistemului hepatobiliar și ale pancreasului
8	CMD 08	Boli și tulburări ale sistemului musculo-scheletal și țesutului conjunctiv
9	CMD 09	Boli și tulburări ale pielii, țesutului subcutanat și sânului
10	CMD 10	Boli și tulburări endocrine, nutriționale și metabolice
11	CMD 11	Boli și tulburări ale rinichiului și tractului urinar
12	CMD 12	Boli și tulburări ale sistemului reproductiv masculin
13	CMD 13	Boli și tulburări ale sistemului reproductiv feminin
14	CMD 14	Sarcină, naștere și lăuzie
15	CMD 15	Nou-născuți și alți neonatali
16	CMD 16	Boli și tulburări ale sângelui și organelor hematopoietice și tulburări imunologice
17	CMD 17	Tulburări neoplazice (hematologice și neoplasme solide)
18	CMD 18	Boli infecțioase și parazitare

19	CMD 19	Boli și tulburări mentale
20	CMD 20	Consum de alcool/droguri și tulburări mentale organice induse de alcool/droguri
21	CMD 21	Accidente, otrăviri și efecte toxice ale medicamentelor
22	CMD 22	Arsuri
23	CMD 23	Factori care influențează starea de sănătate și alte contacte cu serviciile de sănătate
24		DRG abatere

Anexa 23 B II

Font 8

Nr. Crt.	Cate- goria	Cate- gorie	Grupa de	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativă	DMS	Limi- ta	Limi- ta	Mediana DS în
	majo- ră de diag- nos- tic (CMD)	Medi- cală, Chi- rur- gica- lă sau Alte- le (M /C/A)	diag- nos- tic				infe- rioa- ră a DS	supe- rioa- ră a DS	secții- le ATI națio- nal
1	24	C	91010	Proceduri extinse în sala de operații neînrudite cu diagnosticul principal	2.7534	9.76	2	40	1.00
2	24	C	91020	Proceduri neextinse în sala de operații, neînrudite cu diagnosticul principal	1.4365	6.07	1	23	1.00
3	24	C	91030	Proceduri în sala de operații ale prostataei neînrudite cu diagnosticul principal	3.4464	-	-	-	-
4	24	M	93010	Negrupabile	0.649	-	-	-	-
5	24	M	93020	Diagnostice principale inacceptabile	0.1197	-	-	-	-
6	24	M	93030	Diagnostice neonatale neconcordante cu vârsta/greutatea	2.3438	-	-	-	-
7	0	C	A1010	Transplant de ficat	0	-	-	-	-
8	0	C	A1020	Transplant de plămân/inimă sau plămân	0	-	-	-	-
9	0	C	A1030	Transplant de inimă	0	-	-	-	-
10	0	C	A1040	Traheostomie sau ventilație > 95 ore	14.2331	17.5	3	68	6.00
11	0	C	A1050	Transplant alogenic de măduvă osoasă	0	-	-	-	-
12	0	C	A1061	Transplant autolog de măduvă osoasă cu CC catastrofale	0	-	-	-	-
13	0	C	A1062	Transplant autolog de măduvă osoasă fără CC catastrofale	0	-	-	-	-
14	0	C	A1071	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale	0	-	-	-	-
15	0	C	A1072	Transplant renal fără transplant de pancreas fără CC catastrofale	0	-	-	-	-
16	0	A	A2010	Oxygenoterapie extracorporală fără chirurgie cardiacă	28.5797	8.2	2	26	2.00
17	0	A	A2021	Intubație vârstă < 16 cu CC	4.1332	10.13	1	43	1.50

18	0	A	A2022	Intubație vârsta < 16 fără CC	1.6508	4.71	1	14	0.00
19	1	C	B1010	Revizia shuntului ventricular	1.7579	8.61	2	26	1.00
20	1	C	B1021	Craniotomie cu CC catastrofale	5.8344	13.52	3	48	1.00
21	1	C	B1022	Craniotomie cu CC severe sau moderate	3.4275	11.47	3	38	1.00
22	1	C	B1023	Craniotomie fără CC	2.5833	10.99	3	35	1.00
23	1	C	B1031	Proceduri la nivelul colonei vertebrale cu CC catastrofale sau severe	4.2466	8.56	3	24	0.00
24	1	C	B1032	Proceduri la nivelul colonei vertebrale fără CC catastrofale sau severe	2.0414	6.8	2	17	0.00
25	1	C	B1041	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofale sau severe	2.2682	8.7	2	27	1.00
26	1	C	B1042	Proceduri vasculare extracraniene fără CC catastrofale sau severe	1.4176	6.16	1	22	1.00
27	1	C	B1050	Eliberarea tunelului carpian	0.3276	3.17	1	10	0.00
28	1	C	B1061	Proceduri pentru paralizie cerebrală, distrofie musculară, neuropatie cu CC catastrofale sau severe	4.3915	7.6	1	30	1.00
29	1	C	B1062	Proceduri pentru paralizie cerebrală, distrofie musculară, neuropatie fără CC catastrofale sau severe	0.7561	4.68	1	16	1.00
30	1	C	B1071	Proceduri la nivelul nervilor cranieni și periferici și alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2.0099	6.19	1	21	1.00
31	1	C	B1072	Proceduri la nivelul nervilor cranieni și periferici și alte proceduri ale sistemului nervos fără CC	0.712	4.92	1	17	0.00
32	1	A	B2010	Plasmafereza cu boli neurologice	0.8002	-	-	-	-
33	1	A	B2020	Monitorizare telemetrică EEG	0.8317	6.83	1	25	1.50
34	1	M	B3011	Paraplegie/tetraplegie stabilită cu sau fără proceduri în sala de operații cu CC catastrofale	5.0342	10.18	1	46	2.00
35	1	M	B3012	Paraplegie/tetraplegie stabilită cu sau fără proceduri în sala de operații fără CC catastrofale	1.5122	8.06	2	28	1.00
36	1	M	B3021	Afecțiuni ale măduvei spinării cu sau fără proceduri în sala de operații cu CC catastrofale sau severe	4.8704	6.84	1	29	2.00
37	1	M	B3022	Afecțiuni ale măduvei spinării cu sau fără proceduri în sala de operații fără CC catastrofale sau severe	1.260	7.16	1	29	1.00
38	1	M	B3030	Internare pentru afereză	0.1827	-	-	-	-
39	1	M	B3040	Demență și alte tulburări cronice ale funcției cerebrale	1.7957	10.84	2	38	2.00
40	1	M	B3051	Delir cu CC catastrofale	1.7579	8.54	2	32	2.00
41	1	M	B3052	Delir fără CC catastrofale	0.8884	11.32	3	37	2.00
42	1	M	B3060	Paralizie cerebrală	0.3339	7.09	2	23	2.00
43	1	M	B3071	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.6445	6.74	1	26	2.00

44	1	M	B3072	Tumori ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe	0.7624	4.35	1	16	1.00
45	1	M	B3081	Tulburări degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	2.1233	8.84	2	28	2.00
46	1	M	B3082	Tulburări degenerative ale sistemului nervos vârsta > 59 fără CC catastrofale sau severe	0.8821	7.01	2	22	2.00
47	1	M	B3083	Tulburări degenerative ale sistemului nervos vârsta < 60 fără CC catastrofale sau severe	0.4032	5.79	1	21	2.00
48	1	M	B3091	Scleroză multiplă și ataxia de origine cerebeloasă cu CC	1.8776	6.71	2	19	1.00
49	1	M	B3092	Scleroza multiplă și ataxia de origine cerebeloasă fără CC	0.3591	5.6	2	17	5.00
50	1	M	B3101	AIT și ocluzie precerebrală cu CC catastrofale sau severe	0.9766	6.77	2	18	3.00
51	1	M	B3102	AIT și ocluzie precerebrală fără CC catastrofale sau severe	0.4284	6.18	2	17	3.00
52	1	M	B3111	Accident vascular cerebral cu CC catastrofale	2.9991	11.76	3	36	4.00
53	1	M	B3112	Accident vascular cerebral cu CC severe	1.6319	8.52	3	24	4.00
54	1	M	B3113	Accident vascular cerebral fără CC catastrofale sau severe	1.0585	7.16	2	21	3.00
55	1	M	B3114	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0.3969	1.88	1	5	1.00
56	1	M	B3121	Tulburări ale nervilor cranieni și periferici cu CC	1.2223	6.36	2	16	2.00
57	1	M	B3122	Tulburări ale nervilor cranieni și periferici fără CC	0.252	5.86	2	17	1.00
58	1	M	B3131	Infecții ale sistemului nervos cu excepția meningitei virale cu CC catastrofale sau severe	2.7786	10.1	2	37	4.00
59	1	M	B3132	Infecții ale sistemului nervos cu excepția meningitei virale fără CC catastrofale sau severe	1.1467	7.18	2	26	2.00
60	1	M	B3140	Meningita virală	0.6175	8.38	2	31	5.00
61	1	M	B3150	Stupoare și coma non-traumatică	0.5482	4.17	1	16	1.00
62	1	M	B3160	Convulsii febrile	0.2835	4.26	1	12	1.00
63	1	M	B3171	Atacuri cu CC catastrofale sau severe	1.1089	5.87	2	18	2.00
64	1	M	B3172	Atacuri fără CC catastrofale sau severe	0.3717	4.96	1	16	1.00
65	1	M	B3180	Cefalee	0.2709	4.2	1	13	1.00
66	1	M	B3191	Leziune intracraniană cu CC catastrofale sau severe	1.9973	6.2	1	24	2.00
67	1	M	B3192	Leziune intracraniană fără CC catastrofale sau severe	0.8191	4.1	1	14	1.00
68	1	M	B3200	Fracturi craniene	0.6616	4.45	1	16	1.00
69	1	M	B3210	Altă leziune a capului	0.2394	3.86	1	12	1.00
70	1	M	B3221	Alte tulburări ale sistemului nervos cu CC					

				catastrofale sau severe	1.5059	6.38	2	20	2.00
71	1	M	B3222	Alte tulburări ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe	0.5545	8.36	1	34	1.00
72	2	C	C1010	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1.2853	5.52	2	17	1.00
73	2	C	C1020	Enucleeri și proceduri ale orbitei	1.1278	3.65	1	11	1.00
74	2	C	C1030	Proceduri la nivelul retinei	0.6616	2.6	1	5	1.00
75	2	C	C1040	Proceduri majore asupra corneei, sclerei și conjunctivei	0.8884	6.39	2	17	1.00
76	2	C	C1050	Dacriocistorinostomie	0.6112	3.18	1	10	0.00
77	2	C	C1060	Proceduri pentru strabism	0.4284	2.57	1	5	1.00
78	2	C	C1070	Proceduri ale pleoapei	0.4599	3.26	1	10	1.00
79	2	C	C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei și conjunctivei	0.4158	3.3	1	10	1.00
80	2	C	C1090	Proceduri privind căile lacrimare	0.2835	4.46	1	13	0.00
81	2	C	C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului	0.315	2.74	1	8	1.00
82	2	C	C1111	Glaucom și proceduri complexe ale cataractei	0.8191	3.51	2	8	1.00
83	2	C	C1112	Glaucom și proceduri complexe ale cataractei, de zi	0.4284	-	-	-	-
84	2	C	C1121	Proceduri asupra cristalinului	0.6049	2.73	2	5	1.00
85	2	C	C1122	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0.4095	-	-	-	-
86	2	M	C3011	Infecții oculare acute și majore vârsta > 54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.1404	5.42	2	14	1.00
87	2	M	C3012	Infecții oculare acute și majore vârsta < 55 fără CC catastrofale sau severe	0.7057	4.26	1	13	0.00
88	2	M	C3020	Tulburări neurologice și vasculare ale ochiului	0.4347	5.06	2	15	1.00
89	2	M	C3030	Hifema și traume oculare tratate medical	0.2898	4.28	1	12	1.00
90	2	M	C3041	Alte tulburări ale ochiului cu CC	0.7498	4.29	2	11	0.00
91	2	M	C3042	Alte tulburări ale ochiului fără CC	0.2961	3.69	1	11	1.00
92	3	C	D1010	Implant cohlear	4.6436	10.71	3	30	2.00
93	3	C	D1021	Proceduri ale capului și gâtului cu CC catastrofale sau severe	4.2655	6.39	2	19	1.00
94	3	C	D1022	Proceduri ale capului și gâtului cu stare malignă sau CC moderate	1.8335	8.71	2	32	1.00
95	3	C	D1023	Proceduri ale capului și gâtului fără stare malignă fără CC	1.1152	5.64	1	18	1.00
96	3	C	D1030	Cura chirurgicală a cheiloschisisului sau diagnostic privind palatul	1.1026	8.07	2	27	1.00
97	3	C	D1041	Chirurgie maxialo-facială cu CC	1.6193	5.01	2	14	1.00
98	3	C	D1042	Chirurgie maxialo-facială fără CC	0.9325	5.39	2	17	1.00
99	3	C	D1050	Proceduri la nivelul glandei parotide	1.4239	7.79	3	19	1.00

100	3	C	D1060	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei și urechii medii	0.8947	7.05	2	20	1.00
101	3	C	D1070	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii și gâtului	0.5671	4.97	2	14	1.00
102	3	C	D1080	Proceduri nasale	0.5293	4.7	2	13	1.00
103	3	C	D1090	Amigdalectomie și/sau adenoidectomie	0.4284	3.14	1	8	1.00
104	3	C	D1100	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii și gâtului	0.6427	4.19	1	12	1.00
105	3	C	D1110	Miringotomie cu inserție de tub	0.2457	3.46	1	11	0.00
106	3	C	D1120	Proceduri asupra gurii și glandei salivare	0.4978	3.91	1	11	1.00
107	3	A	D2010	Extracții dentare și restaurare	0.3402	3.26	1	8	1.00
108	3	A	D2020	Proceduri endoscopice de zi, pentru afecțiuni ORL	0.2016	0	1	1	0.00
109	3	M	D3011	Stare malignă a urechii, nasului, gurii și gâtului cu CC catastrofale sau severe	1.8146	6.7	1	23	1.00
110	3	M	D3012	Stare malignă a urechii, nasului, gurii și gâtului fără CC catastrofale sau severe	0.5608	5.43	1	18	1.00
111	3	M	D3020	Dezechilibru	0.3213	5.6	2	16	2.00
112	3	M	D3030	Epistaxis	0.2961	4.57	2	12	1.00
113	3	M	D3041	Otită medie și infecție a căilor respiratorii superioare cu CC	0.5293	4.8	2	12	1.00
114	3	M	D3042	Otită medie și infecție a căilor respiratorii superioare fără CC	0.3024	4.49	2	12	1.00
115	3	M	D3050	Laringotraheită și epiglottită	0.2394	4.51	2	13	3.00
116	3	M	D3060	Traumatism și deformitate nazale	0.2583	3.84	1	11	1.00
117	3	M	D3071	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura și gâtul cu CC	0.649	5.12	2	14	1.00
118	3	M	D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura și gâtul fără CC	0.2457	5.05	2	16	1.00
119	3	M	D3081	Tulburări orale și dentare cu excepția extracțiilor și reconstituirilor	0.5293	4.08	1	12	1.00
120	3	M	D3082	Tulburări orale și dentare cu excepția extracțiilor și reconstituirilor de zi	0.1449	-	-	-	-
121	4	C	E1011	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofale	4.1017	12.91	3	41	1.00
122	4	C	E1012	Proceduri majore la nivelul toracelui fără CC catastrofale	2.1989	7.5	2	27	1.00
123	4	C	E1021	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului respirator cu CC catastrofale	3.6859	5.53	1	20	1.00
124	4	C	E1022	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului respirator cu CC severe	1.5311	3.7	1	12	0.00
125	4	C	E1023	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului respirator fără CC catastrofale sau severe	0.6112	3.54	1	10	1.00
126	4	A	E2010	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3.6985	8.62	1	39	3.00
127	4	A	E2020	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilație neinvazivă	2.6337	8.47	1	36	2.00

128	4	A	E2030	Proceduri endoscopice ale aparatului respirator, de zi	0.2016	-	-	-	-
129	4	M	E3011	Fibroza cistică cu CC catastrofale sau severe	2.6652	9.41	2	33	5.00
130	4	M	E3012	Fibroza cistică fără CC catastrofale sau severe	2.0036	5.46	1	17	1.00
131	4	M	E3021	Embolism pulmonar cu CC catastrofale sau severe	1.5374	9.19	2	33	2.00
132	4	M	E3022	Embolism pulmonar fără CC catastrofale sau severe	0.7876	8.11	2	29	3.00
133	4	M	E3031	Infecții respiratorii/inflamații cu CC catastrofale	1.6697	7.74	3	21	2.00
134	4	M	E3032	Infecții respiratorii/inflamații cu CC severe sau moderate	0.9703	6.95	2	18	1.00
135	4	M	E3033	Infecții respiratorii/inflamații fără CC	0.5608	6.5	2	18	1.00
136	4	M	E3040	Apnee de somn	0.2835	4.35	1	13	1.00
137	4	M	E3050	Edem pulmonar și insuficiența respiratorie	0.8758	6.05	2	18	2.00
138	4	M	E3061	Boala cronică obstructivă a căilor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1.1467	8.1	3	19	3.00
139	4	M	E3062	Boala cronică obstructivă a căilor respiratorii fără CC catastrofale sau severe	0.6805	7.43	3	19	3.00
140	4	M	E3071	Traumatism major la nivelul toracelui vârstă > 69 cu CC	1.4302	5.94	2	16	2.00
141	4	M	E3072	Traumatism major la nivelul toracelui vârstă > 69 sau cu CC	0.7435	5.37	2	15	2.00
142	4	M	E3073	Traumatism major la nivelul toracelui vârstă < 70 fără CC	0.4032	4.31	2	12	1.00
143	4	M	E3081	Semne și simptome respiratorii cu CC catastrofale sau severe	0.6679	6.05	2	20	1.00
144	4	M	E3082	Semne și simptome respiratorii fără CC catastrofale sau severe	0.3087	4.88	1	16	1.00
145	4	M	E3090	Pneumotorax	0.7309	7.35	2	22	2.00
146	4	M	E3101	Bronșită și astm vârstă > 49 cu CC	0.7624	7.49	3	18	2.50
147	4	M	E3102	Bronșită și astm vârstă > 49 sau cu CC	0.5041	5.54	2	14	1.00
148	4	M	E3103	Bronșită și astm vârstă < 50 fără CC	0.3339	4.68	2	13	1.00
149	4	M	E3111	Tuse convulsivă și bronșiolită acută cu CC	1.0396	5.61	2	13	1.00
150	4	M	E3112	Tuse convulsivă și bronșiolită acută fără CC	0.5608	4.72	2	12	2.00
151	4	M	E3121	Tumori respiratorii cu CC catastrofale	1.6508	6.38	1	23	1.00
152	4	M	E3122	Tumori respiratorii cu CC severe sau moderate	0.8758	5.73	1	20	1.00
153	4	M	E3123	Tumori respiratorii fără CC	0.4725	4.85	1	17	1.00
154	4	M	E3130	Probleme respiratorii apărute în perioada neonatală	0.9829	-	-	-	-
155	4	M	E3141	Revărsat pleural cu CC catastrofale	1.6634	9.2	2	29	3.00

156	4	M	E3142	Revărsat pleural cu CC severe	1.0396	8.34	2	26	2.00
157	4	M	E3143	Revărsat pleural fără CC catastrofale sau severe	0.6049	7.84	2	26	1.00
158	4	M	E3151	Boala interstițială pulmonară cu CC catastrofale	1.676	6.9	3	15	1.00
159	4	M	E3152	Boala interstițială pulmonară cu CC severe	1.153	6	3	13	1.00
160	4	M	E3153	Boala interstițială pulmonară fără CC catastrofale sau severe	0.6616	5.43	2	12	1.00
161	4	M	E3161	Alt diagnostic al sistemului respirator vârstă > 64 cu CC	0.9388	6.14	1	25	1.00
162	4	M	E3162	Alt diagnostic al sistemului respirator vârstă > 64 sau cu CC	0.6364	5.17	1	18	1.00
163	4	M	E3163	Alt diagnostic al sistemului respirator vârstă < 65 fără CC	0.3843	4.14	1	12	1.00
164	5	C	F1011	Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofale sau severe	7.3276	7.09	2	24	1.00
165	5	C	F1012	Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fără CC catastrofale sau severe	6.3195	-	-	-	-
166	5	C	F1020	Implant/înlocuire componentă AICD	6.3447	-	-	-	-
167	5	C	F1030	Procedură de valvă cardiacă cu pompă CPB cu investigație cardiacă invazivă	8.8524	19.56	7	49	3.00
168	5	C	F1041	Procedură de valvă cardiacă cu pompă CPB fără investigație cardiacă invazivă cu CC catastrofale	6.1557	16.34	6	38	2.00
169	5	C	F1042	Procedura de valvă cardiacă cu pompă CPB fără investigație cardiacă invazivă fără CC catastrofale	4.3663	15.28	6	34	3.00
170	5	C	F1051	Bypass coronarian cu investigații cardiace invazive cu CC catastrofale	6.5779	18.24	7	39	2.00
171	5	C	F1052	Bypass coronarian cu investigații cardiace invazive fără CC catastrofale	4.9397	21.38	7	51	2.00
172	5	C	F1061	Bypass coronarian fără investigații cardiace invazive cu CC catastrofale sau severe	4.0513	14.99	6	32	2.00
173	5	C	F1062	Bypass coronarian fără investigații cardiace invazive fără CC catastrofale sau severe	3.0999	14.29	6	33	2.00
174	5	C	F1071	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompă CPB cu CC catastrofale	7.523	15.99	4	53	2.00
175	5	C	F1072	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompă CPB fără CC catastrofale	4.5365	15.25	4	46	2.00
176	5	C	F1081	Proceduri majore de reconstrucție vasculară fără pompă CPB cu CC catastrofale	5.2232	11.07	1	58	1.00
177	5	C	F1082	Proceduri majore de reconstrucție vasculară fără pompă CPB fără CC catastrofale	2.5266	9.96	1	52	1.00
178	5	C	F1091	Alte proceduri cardiotoracice fără pompă CPB cu CC catastrofale	4.1143	9.47	2	40	2.00

179	5	C	F1092	Alte proceduri cardiotoracice fără pompă CPB fără CC catastrofale	2.6715	10.04	2	38	1.00
180	5	C	F1100	Intervenție coronară percutanată cu IMA	1.8461	5.99	2	15	1.00
181	5	C	F1111	Amputație pentru sistemul circulator cu excepția membrului superior și a degetului de la picior cu CC catastrofale	5.9037	16.07	4	51	1.00
182	5	C	F1112	Amputație pentru sistemul circulator cu excepția membrului superior și a degetului de la picior fără CC catastrofale	2.9487	16.48	5	44	1.00
183	5	C	F1120	Implantare pacemaker cardiac	1.9343	6.66	2	19	1.00
184	5	C	F1130	Amputație a membrului superior și a degetului pentru tulburări ale sistemului circulator	2.3375	13.06	3	43	1.00
185	5	C	F1141	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompă CPB cu CC catastrofale	3.1881	6.32	2	21	1.00
186	5	C	F1142	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompă CPB cu CC severe	1.342	5.34	1	17	1.00
187	5	C	F1143	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompă CPB fără CC catastrofale sau severe	0.9388	5.06	1	16	1.00
188	5	C	F1150	Intervenție coronară percutanată fără IMA cu implantare de stent	1.2853	4.52	2	13	1.00
189	5	C	F1160	Intervenție coronară percutanată fără IMA fără implantare de stent	1.2538	4.82	1	16	1.50
190	5	C	F1170	Înlocuire de pacemaker cardiac	1.2538	6.2	2	19	3.00
191	5	C	F1180	Revizie de pacemaker cardiac exceptând înlocuirea dispozitivului	1.216	5.89	2	19	1.00
192	5	C	F1190	Altă intervenție percutanată cardiacă transvasculară	1.5689	-	-	-	-
193	5	C	F1200	Ligatura venelor și stripping	0.6616	5.55	2	16	1.00
194	5	C	F1211	Alte proceduri în sala de operații privind sistemul circulator cu CC catastrofale	3.2385	8.95	2	37	1.00
195	5	C	F1212	Alte proceduri în sala de operații privind sistemul circulator fără CC catastrofale	1.2601	7.93	2	29	1.00
196	5	A	F2010	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3.4401	6.81	1	30	3.00
197	5	A	F2021	Tulburări circulatorii cu IMA cu proceduri de investigație cardiacă invazivă cu CC catastrofale sau severe	1.7327	5.87	2	19	2.00
198	5	A	F2022	Tulburări circulatorii cu IMA cu proceduri de investigație cardiacă invazivă fără CC catastrofale sau severe	1.0648	5.39	2	17	1.50
199	5	A	F2031	Tulburări circulatorii fără IMA cu proceduri de investigație cardiacă invazivă cu diagnostic principal complex	1.0396	4.36	1	14	1.00
200	5	A	F2032	Tulburări circulatorii fără IMA cu proceduri de investigație cardiacă invazivă fără diagnostic principal complex	0.5608	2.68	1	8	1.00
201	5	M	F3011	Tulburări circulatorii cu IMA fără					

				proceduri de investigație cardiacă invazivă cu CC catastrofale sau severe	1.3609	7.92	2	27	2.00
202	5	M	F3012	Tulburări circulatorii cu IMA fără proceduri de investigație cardiacă invazivă fără CC catastrofale sau severe	0.6553	5.94	1	26	1.00
203	5	M	F3013	Tulburări circulatorii cu IMA fără proceduri de investigație cardiacă invazivă, decedat	0.7561	3.32	1	13	1.00
204	5	M	F3020	Endocardita infecțioasă	2.7471	17.3	2	86	2.00
205	5	M	F3031	Insuficiența cardiacă și șoc cu CC catastrofale	1.6886	6.48	2	19	2.00
206	5	M	F3032	Insuficiența cardiacă și șoc fără CC catastrofale	0.7561	6.58	2	17	2.00
207	5	M	F3041	Tromboza venoasă cu CC catastrofale sau severe	1.2538	7.97	3	20	3.00
208	5	M	F3042	Tromboza venoasă fără CC catastrofale sau severe	0.5734	7.19	3	19	3.00
209	5	M	F3050	Ulceratie a pielii pentru tulburări circulatorii	1.5689	8.31	3	20	1.00
210	5	M	F3061	Tulburări vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1.2853	6.47	2	21	1.00
211	5	M	F3062	Tulburări vasculare periferice fără CC catastrofale sau severe	0.4284	6.55	2	22	1.00
212	5	M	F3071	Ateroscleroza coronariană cu CC	0.5482	6.03	2	18	2.00
213	5	M	F3072	Ateroscleroza coronariană fără CC	0.2646	5.25	2	16	1.50
214	5	M	F3081	Hipertensiune cu CC	0.7246	5.93	2	15	2.00
215	5	M	F3082	Hipertensiune fără CC	0.3528	5.37	2	15	1.00
216	5	M	F3090	Boala congenitală de inimă	0.378	5.06	1	16	2.00
217	5	M	F3101	Tulburări valvulare cu CC catastrofale sau severe	1.2034	6.21	2	17	2.00
218	5	M	F3102	Tulburări valvulare fără CC catastrofale sau severe	0.252	4.85	2	13	1.00
219	5	M	F3111	Aritmie majoră și stop cardiac cu CC catastrofale sau severe	0.9829	5.3	1	24	1.00
220	5	M	F3112	Aritmie majoră și stop cardiac fără CC catastrofale sau severe	0.4473	4.93	1	19	1.00
221	5	M	F3121	Aritmie non-majoră și tulburări de conducere cu CC catastrofale sau severe	0.9514	6.55	2	18	2.00
222	5	M	F3122	Aritmie non-majoră și tulburări de conducere fără CC catastrofale sau severe	0.3654	4.72	1	15	1.00
223	5	M	F3131	Angina instabilă cu CC catastrofale sau severe	0.8317	6.26	2	17	2.00
224	5	M	F3132	Angina instabilă fără CC catastrofale sau severe	0.4221	5.42	2	16	1.00
225	5	M	F3141	Sincopa și colaps cu CC catastrofale sau severe	0.7876	5.67	2	17	1.00
226	5	M	F3142	Sincopa și colaps fără CC catastrofale sau severe	0.2961	3.91	1	12	1.00
227	5	M	F3150	Durere toracică	0.2646	3.45	1	10	1.00

228	5	M	F3161	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2.0414	7.13	2	21	2.00
229	5	M	F3162	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC severe	0.9892	6.89	2	19	1.00
230	5	M	F3163	Alte diagnostice ale sistemului circulator fără CC catastrofale sau severe	0.523	5	2	15	1.00
231	6	C	G1011	Rezecție rectală cu CC catastrofale	4.694	17.05	5	43	2.00
232	6	C	G1012	Rezecție rectală fără CC catastrofale	2.6841	15.65	6	36	2.00
233	6	C	G1021	Proceduri majore pe intestinul subțire și gros cu CC catastrofale	4.4356	13.56	3	45	2.00
234	6	C	G1022	Proceduri majore pe intestinul subțire și gros fără CC catastrofale	2.1359	11.56	3	36	2.00
235	6	C	G1031	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului și duodenului cu stare malignă	5.0909	15.05	3	50	3.00
236	6	C	G1032	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului și duodenului fără stare malignă cu CC catastrofale sau severe	3.8182	9.07	2	29	2.00
237	6	C	G1033	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului și duodenului fără stare malignă fără CC catastrofale sau severe	1.3672	5.96	2	19	1.00
238	6	C	G1041	Aderențe peritoneale vârsta > 49 cu CC	2.892	9.62	3	27	1.00
239	6	C	G1042	Aderențe peritoneale vârsta > 49 sau cu CC	1.7579	6.57	2	16	1.00
240	6	C	G1043	Aderențe peritoneale vârsta < 50 fără CC	1.0459	5.5	2	14	1.00
241	6	C	G1051	Proceduri minore pe intestinul subțire și gros cu CC	1.9532	7	2	23	1.00
242	6	C	G1052	Proceduri minore pe intestinul subțire și gros fără CC	1.0963	5.17	2	16	0.00
243	6	C	G1060	Piloromotomie	1.0648	-	-	-	-
244	6	C	G1071	Apendicectomie cu CC catastrofale sau severe	1.6886	5.27	2	11	1.00
245	6	C	G1072	Apendicectomie fără CC catastrofale sau severe	0.8443	4.74	2	10	1.00
246	6	C	G1081	Proceduri pentru hernie abdominală și alte hernii vârsta > 59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.0018	8.02	3	21	1.00
247	6	C	G1082	Proceduri pentru hernie abdominală și alte hernii vârsta 1 la 59 fără CC catastrofale sau severe	0.5923	5.98	2	17	1.00
248	6	C	G1090	Proceduri pentru hernia inghinală și femurală vârsta > 0	0.5797	5.76	2	15	1.00
249	6	C	G1100	Proceduri pentru hernie vârsta < 1	0.5293	3.98	2	10	1.00
250	6	C	G1111	Proceduri anale și la nivelul stomei cu CC catastrofale sau severe	1.2097	5.8	2	18	1.00
251	6	C	G1112	Proceduri anale și la nivelul stomei fără CC catastrofale sau severe	0.4221	5.04	2	15	1.00
252	6	C	G1121	Alte proceduri în sala de operații la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofale sau severe	2.8479	8.97	2	36	1.00
253	6	C	G1122	Alte proceduri în sala de operații la					

				nivelul sistemului digestiv fără CC catastrofale sau severe	0.8317	7.4	2	27	1.00
254	6	A	G2011	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0.9577	6.1	2	18	2.00
255	6	A	G2012	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0.1764	-	-	-	-
256	6	A	G2020	Colonoscopie complexă	0.4032	-	-	-	-
257	6	A	G2031	Alte colonoscopii cu CC catastrofale sau severe	1.5437	4.63	1	13	0.00
258	6	A	G2032	Alte colonoscopii fără CC catastrofale sau severe	0.6364	3.86	1	11	0.00
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	4.73	2	14	1.00
261	6	A	G2042	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0.1701	-	-	-	-
262	6	A	G2051	Gastroscopie complexă cu CC catastrofale sau severe	1.8335	5.91	2	18	1.00
263	6	A	G2052	Gastroscopie complexă fără CC catastrofale sau severe	0.838	4.83	1	15	0.00
264	6	A	G2053	Gastroscopie complexă, de zi	0.2394	-	-	-	-
265	6	M	G3011	Stare malignă digestivă cu CC catastrofale sau severe	0.9766	5.25	1	18	2.00
266	6	M	G3012	Stare malignă digestivă fără CC catastrofale sau severe	0.5041	4.19	1	13	1.00
267	6	M	G3021	Hemoragie gastrointestinală vârsta > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.4978	6.27	2	21	3.00
268	6	M	G3022	Hemoragie gastrointestinală vârsta < 65 fără CC catastrofale sau severe	0.2583	5.05	2	16	3.00
269	6	M	G3030	Ulcer peptic complicat	0.9199	5.56	2	16	2.00
270	6	M	G3040	Ulcer peptic necomplicat	0.2205	5.61	2	15	2.00
271	6	M	G3050	Boala inflamatorie a intestinului	0.5356	5.37	1	18	2.00
272	6	M	G3061	Ocluzie intestinală cu CC	0.9703	4.94	1	16	2.00
273	6	M	G3062	Ocluzie intestinală fără CC	0.4473	3.99	1	12	2.00
274	6	M	G3071	Durere abdominală sau adenita mezenterică cu CC	0.4725	3.94	1	11	1.00
275	6	M	G3072	Durere abdominală sau adenita mezenterică fără CC	0.2331	3.19	1	9	1.00
276	6	M	G3081	Esofagita, gastroenterita și diverse tulburări ale sistemului digestiv vârsta > 9 ani cu CC catastrofale/severe	0.8065	5.09	2	14	1.00
277	6	M	G3082	Esofagita, gastroenterita și diverse tulburări ale sistemului digestiv vârsta > 9 ani fără CC catastrofale/severe	0.2709	4.49	2	13	1.00
278	6	M	G3091	Gastroenterita vârsta < 10 ani cu CC	0.7498	4.15	2	10	1.00
279	6	M	G3092	Gastroenterita vârsta < 10 ani fără CC	0.3402	3.59	1	10	2.00
280	6	M	G3100	Esofagita și diverse tulburări ale sistemului digestiv vârsta < 10 ani	0.3717	3.27	1	9	1.00

281	6	M	G3111	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0.7813	4.92	1	15	1.00
282	6	M	G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fără CC	0.2394	4.05	1	13	1.00
283	7	C	H1011	Proceduri la nivel de pancreas, ficat și shunt cu CC catastrofale	5.5572	15.62	3	56	1.00
284	7	C	H1012	Proceduri la nivel de pancreas, ficat și shunt fără CC catastrofale	2.4825	12.26	3	38	1.00
285	7	C	H1021	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare malignă sau CC catastrofale	4.234	15.17	4	45	2.00
286	7	C	H1022	Proceduri majore ale tractului biliar fără stare malignă cu (CC moderate sau severe)	2.3753	14.5	4	45	2.00
287	7	C	H1023	Proceduri majore ale tractului biliar fără stare malignă fără CC	1.3294	12.56	3	43	2.00
288	7	C	H1031	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2.432	7.57	2	22	1.00
289	7	C	H1032	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fără CC catastrofale sau severe	1.0648	6.24	2	15	1.00
290	7	C	H1040	Alte proceduri în sala de operații hepatobiliare și pancreatice	2.4825	7.05	2	24	1.00
291	7	C	H1051	Colecistectomie deschisă cu explorarea închisă a CBP sau cu CC catastrofale	3.478	10.79	3	32	1.00
292	7	C	H1052	Colecistectomie deschisă fără explorarea închisă a CBP fără CC catastrofale	1.5563	10.06	4	24	1.00
293	7	C	H1061	Colecistectomie laparoscopică cu explorarea închisă a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.7075	6.01	2	17	1.00
294	7	C	H1062	Colecistectomie laparoscopică fără explorarea închisă a CBP fără CC catastrofale sau severe	0.8443	5.23	2	12	1.00
295	7	A	H2010	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sângerânde	1.9469	6.25	2	20	2.00
296	7	A	H2021	Procedura terapeutică complexă pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu CC catastrofale sau severe	2.0099	7.54	2	23	2.00
297	7	A	H2022	Procedura terapeutică complexă pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică fără CC catastrofale sau severe	0.838	4.58	1	15	0.50
298	7	A	H2031	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu CC catastrofale sau severe	1.8083	7.18	2	24	0.00
299	7	A	H2032	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu CC moderate	1.0144	4.92	1	16	0.00
300	7	A	H2033	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică fără CC	0.586	5.18	1	18	0.00
301	7	M	H3011	Ciroza și hepatita alcoolică cu CC catastrofale	1.9406	7.47	2	25	2.00
302	7	M	H3012	Ciroza și hepatita alcoolică cu CC severe	0.9136	6.87	2	21	2.00
303	7	M	H3013	Ciroza și hepatita alcoolică fără CC					

				catastrofale sau severe	0.4347	6.32	2	18	2.00
304	7	M	H3021	Stare malignă a sistemului hepatobiliar și pancreasului (vârsta > 69 cu CC catastrofale sau severe) sau cu CC catastrofale	1.3987	6.4	1	23	2.00
305	7	M	H3022	Stare malignă a sistemului hepatobiliar și pancreasului (vârsta > 69 fără CC catastrofale sau severe) sau fără CC catastrofale	0.6301	5.35	1	19	2.00
306	7	M	H3031	Tulburări ale pancreasului, cu excepția stării maligne cu CC catastrofale sau severe	1.4428	6.93	2	21	3.00
307	7	M	H3032	Tulburări ale pancreasului, cu excepția stării maligne fără CC catastrofale sau severe	0.5797	5.95	2	18	3.00
308	7	M	H3041	Tulburări ale ficatului, cu excepția stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1.4996	6.12	2	20	2.00
309	7	M	H3042	Tulburări ale ficatului, cu excepția stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fără CC cat/sev	0.4095	5.69	2	17	2.00
310	7	M	H3051	Tulburări ale tractului biliar cu CC	0.8569	5.41	2	15	2.00
311	7	M	H3052	Tulburări ale tractului biliar fără CC	0.3465	4.54	2	13	2.00
312	8	C	I1010	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremităților inferioare	5.7966	21.45	5	69	1.00
313	8	C	I1021	Transfer de țesut microvascular sau (grevă de piele cu CC catastrofale sau severe), cu excepția mâinii	6.9181	11.31	2	45	1.00
314	8	C	I1022	Grefe pe piele fără CC catastrofale sau severe, cu excepția mâinii	2.7534	8.81	1	37	0.00
315	8	C	I1031	Revizie a artroplastiei totale de șold cu CC catastrofale sau severe	6.1935	18.04	5	47	1.00
316	8	C	I1032	Înlocuire șold cu CC catastrofale sau severe sau revizie a artroplastiei totale de șold fără CC catastrofale sau severe	3.3834	13.7	6	30	1.00
317	8	C	I1033	Înlocuire șold fără CC catastrofale sau severe	2.7597	13.01	6	27	1.00
318	8	C	I1040	Înlocuire și reatașare de genunchi	2.892	13.63	5	32	1.00
319	8	C	I1050	Alte proceduri majore de înlocuire a articulațiilor și reatașare a unui membru	2.6652	11.38	2	39	1.00
320	8	C	I1060	Artrodeza vertebrală cu diformitate	6.1683	17.59	3	65	1.00
321	8	C	I1070	Amputație	4.8767	18.13	3	66	1.00
322	8	C	I1081	Alte proceduri la nivelul șoldului și al femurului cu CC catastrofale sau severe	3.1188	13.1	5	31	1.00
323	8	C	I1082	Alte proceduri la nivelul șoldului și al femurului fără CC catastrofale sau severe	1.928	11.64	4	29	1.00
324	8	C	I1091	Artrodeza vertebrală cu CC catastrofale sau severe	5.6517	7.63	2	23	1.00
325	8	C	I1092	Artrodeza vertebrală fără CC catastrofale sau severe	3.0432	8.14	2	26	1.00
326	8	C	I1101	Alte proceduri la nivelul spatelui și gâtului cu CC catastrofale sau severe	2.6967	8.93	2	27	1.00

327	8	C	I1102	Alte proceduri la nivelul spatelui și gâtului fără CC catastrofale sau severe	1.3546	7.94	2	22	1.00
328	8	C	I1110	Proceduri de alungire a membrelor	2.0603	7.73	1	34	1.00
329	8	C	I1121	Infecții/inflamații ale oaselor și articulațiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular și țesutului conjunctiv cu CC catastrofale	4.9334	10.6	2	41	1.00
330	8	C	I1122	Infecții/inflamații ale oaselor și articulațiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular și țesutului conjunctiv cu CC severe	2.6274	8.33	1	34	1.00
331	8	C	I1123	Infecții/inflamații ale oaselor și articulațiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular și țesutului conjunctiv fără CC catastrofale sau severe	1.3546	7.13	1	31	1.00
332	8	C	I1131	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei și gleznei cu CC catastrofale sau severe	2.9298	10.19	3	31	1.00
333	8	C	I1132	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei și gleznei vârsta > 59 fără CC catastrofale sau severe	1.6004	9.9	3	29	0.00
334	8	C	I1133	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei și gleznei vârsta < 60 fără CC catastrofale sau severe	1.2034	8.29	2	25	0.00
335	8	C	I1140	Revizie a bontului de amputație	1.487	9.67	1	42	1.00
336	8	C	I1150	Chirurgie cranio-facială	1.9343	8.48	2	28	1.00
337	8	C	I1160	Alte proceduri la nivelul umărului	0.8695	4.42	1	14	1.00
338	8	C	I1170	Chirurgie maxilo-facială	1.4113	5.86	1	21	1.00
339	8	C	I1180	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0.5167	4.11	1	13	1.00
340	8	C	I1190	Alte proceduri la nivelul cotului și antebrățului	0.9829	5.56	2	17	0.00
341	8	C	I1200	Alte proceduri la nivelul label piciorului	0.7939	6.84	2	23	1.00
342	8	C	I1210	Excizie locală și îndepărtare a dispozitivelor interne de fixare a șoldului și femurului	0.8506	5.67	1	20	0.00
343	8	C	I1220	Excizie locală și îndepărtare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv șold și femur	0.4221	3.77	1	12	0.00
344	8	C	I1230	Artroscopie	0.4536	2.8	1	7	0.00
345	8	C	I1240	Proceduri diagnostic ale oaselor și a încheieturilor incluzând biopsia	1.8146	6.35	1	23	1.00
346	8	C	I1251	Proceduri la nivelul țesuturilor moi cu CC catastrofale sau severe	2.1422	6.47	1	24	1.00
347	8	C	I1252	Proceduri la nivelul țesuturilor moi fără CC catastrofale sau severe	0.6868	4.88	1	16	0.00
348	8	C	I1261	Alte proceduri la nivelul țesutului conjunctiv cu CC	2.4699	6.12	1	23	0.00
349	8	C	I1262	Alte proceduri la nivelul țesutului conjunctiv fără CC	0.7435	4.81	1	16	0.00
350	8	C	I1270	Reconstrucție sau revizie a genunchiului	1.0711	4.13	1	11	1.00
351	8	C	I1280	Proceduri la nivelul mâinii	0.5545	3.92	1	12	0.00

352	8	M	I3010	Fracturi ale diafizei femurale	1.7579	5.42	1	20	1.00	
353	8	M	I3020	Fracturi ale extremității distale femurale	1.3483	5.44	1	19	1.00	
354	8	M	I3030	Entorse, luxații și dislocări ale şoldului, pelvisului și coapsei	0.5356	5.14	1	17	0.00	
355	8	M	I3041	Osteomiелita cu CC	2.0162	10.67	2	44	2.00	
356	8	M	I3042	Osteomiелita fără CC	0.712	11.74	1	52	2.00	
357	8	M	I3051	Stare malignă a ţesutului conjunctiv, incluzând fractura patologică cu CC catastrofale sau severe	1.3609	6.07	1	22	1.00	
358	8	M	I3052	Stare malignă a ţesutului conjunctiv, incluzând fractura patologică fără CC catastrofale sau severe	0.5671	4.62	1	16	1.00	
359	8	M	I3061	Tulburări inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofale sau severe	2.2178	5.9	2	16	2.00	
360	8	M	I3062	Tulburări inflamatorii musculoscheletale fără CC catastrofale sau severe	0.4221	4.87	2	14	1.00	
361	8	M	I3071	Artrita septică cu CC catastrofale sau severe	2.3564	7.12	2	22	1.50	
362	8	M	I3072	Artrita septică fără CC catastrofale sau severe	0.7939	6.75	2	21	1.00	
363	8	M	I3081	Tulburări nechirurgicale ale coloanei cu CC	1.3294	6.5	2	17	2.00	
364	8	M	I3082	Tulburări nechirurgicale ale coloanei fără CC	0.6049	5.52	2	17	1.00	
365	8	M	I3083	Tulburări nechirurgicale ale coloanei, de zi	0.189	0	1	1	0.00	
366	8	M	I3091	Boli ale oaselor și atropatii specifice vârsta > 74 cu CC catastrofale sau severe	1.5626	6.75	2	19	3.00	
367	8	M	I3092	Boli ale oaselor și atropatii specifice vârsta > 74 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.5923	5.98	2	18	1.00	
368	8	M	I3093	Boli ale oaselor și atropatii specifice vârsta < 75 fără CC catastrofale sau severe	0.2898	5.29	2	16	1.00	
369	8	M	I3100	Artropatii nespecifice	0.5482	6.09	2	18	1.00	
370	8	M	I3111	Alte tulburări musculotendinoase vârsta > 69 cu CC	0.8695	7.93	2	30	4.00	
371	8	M	I3112	Alte tulburări musculotendinoase vârsta > 69 sau cu CC	0.4032	5.36	2	16	1.00	
372	8	M	I3113	Alte tulburări musculotendinoase vârsta < 70 fără CC	0.2646	4.53	1	13	1.00	
373	8	M	I3121	Tulburări musculotendinoase specifice vârsta > 79 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.2034	6.37	2	20	1.00	
374	8	M	I3122	Tulburări musculotendinoase specifice vârsta < 80 fără CC catastrofale sau severe	0.3339	5.06	1	16	1.00	
375	8	M	I3131	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale vârsta > 59 cu CC catastrofale sau severe	1.7768	9.18	1	39	0.50	

376	8	M	I3132	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale vârsta > 59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6427	6.29	1	25	0.00
377	8	M	I3133	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale vârsta < 60 fără CC catastrofale sau severe	0.3465	4.45	1	15	0.00
378	8	M	I3141	Leziuni ale antebrăului, pumnului, mâinii sau piciorului vârsta > 74 cu CC	1.1026	3.78	1	10	0.00
379	8	M	I3142	Leziuni ale antebrăului, pumnului, mâinii sau piciorului vârsta > 74 sau cu CC	0.4284	3.33	1	9	0.00
380	8	M	I3143	Leziuni ale antebrăului, pumnului, mâinii sau piciorului vârsta < 75 fără CC	0.2835	2.87	1	7	0.00
381	8	M	I3151	Leziuni ale umărului, brațului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, vârsta > 64 cu CC	1.3861	4.73	1	15	0.00
382	8	M	I3152	Leziuni ale umărului, brațului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei vârsta > 64 sau cu CC	0.586	3.94	1	12	0.00
383	8	M	I3153	Leziuni ale umărului, brațului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, vârsta < 65 fără CC	0.2961	3.44	1	10	0.00
384	8	M	I3161	Alte tulburări musculoscheletale vârsta > 69 cu CC	1.1467	6.59	2	23	1.00
385	8	M	I3162	Alte tulburări musculoscheletale vârsta > 69 sau cu CC	0.4788	5.43	1	18	1.00
386	8	M	I3163	Alte tulburări musculoscheletale vârsta < 70 fără CC	0.2583	4.22	1	14	1.00
387	8	M	I3171	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofale sau severe	2.0477	6.36	1	21	2.00
388	8	M	I3172	Fracturi ale pelvisului fără CC catastrofale sau severe	0.9262	5.73	1	20	1.00
389	8	M	I3181	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofale sau severe	1.2979	6.46	1	24	2.00
390	8	M	I3182	Fracturi ale colului femural fără CC catastrofale sau severe	0.4284	5.44	1	20	1.00
391	9	C	J1010	Transfer de țesut microvascular pentru piele, țesut subcutanat și tulburări ale sânului	4.8137	9.82	3	26	0.00
392	9	C	J1021	Proceduri majore pentru afecțiuni maligne ale sânului	1.2097	9.41	2	29	1.00
393	9	C	J1022	Proceduri majore pentru afecțiuni nemaligne ale sânului	0.9829	5.28	1	17	1.00
394	9	C	J1031	Proceduri minore pentru afecțiuni maligne ale sânului	0.5482	4.66	1	16	0.00
395	9	C	J1032	Proceduri minore pentru afecțiuni nemaligne ale sânului	0.378	3.9	1	12	0.00
396	9	C	J1041	Altă grefă a pielii și/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2.0918	5.2	1	17	1.00
397	9	C	J1042	Altă grefa a pielii și/sau proceduri de debridare fără CC catastrofale sau severe	0.6112	4.61	1	16	1.00

398	9	C	J1050	Proceduri perianale și pilonidale	0.4978	4.27	1	13	0.00
399	9	C	J1060	Proceduri în sala de operații ale pielii, țesutului subcutanat și chirurgie plastică la nivelul sânelui	0.4473	4.98	1	19	1.00
400	9	C	J1070	Alte proceduri ale pielii, țesutului subcutanat și sânelui	0.2709	4.14	1	14	1.00
401	9	C	J1081	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulită cu CC catastrofale	4.7444	10.8	3	34	1.00
402	9	C	J1082	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulită fără CC catastrofale cu grefă de piele/lambou de reparare	2.6148	16.11	3	64	1.00
403	9	C	J1083	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulită fără CC catastrofale fără grefă de piele/lambou de reparare	1.7768	8.77	2	29	0.00
404	9	C	J1091	Proceduri ale membrele inferioare fără ulcer/celulită cu grefă de piele (CC catastrofale sau severe)	2.4194	10.01	2	42	0.00
405	9	C	J1092	Proceduri ale membrele inferioare fără ulcer/celulită fără grefă de piele și (CC catastrofale sau severe)	0.8947	5.97	1	23	0.00
406	9	C	J1100	Reconstrucții majore ale sânelui	3.5347	-	-	-	-
407	9	M	J3011	Ulceratii ale pielii	1.4491	7.53	2	20	2.50
408	9	M	J3012	Ulceratie ale pielii, de zi	0.126	-	-	-	-
409	9	M	J3021	Tulburări maligne ale sânelui (vârsta > 69 cu CC) sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6742	4.78	1	16	1.00
410	9	M	J3022	Tulburări maligne ale sânelui (vârsta > 69 fără CC) sau fără (CC catastrofale sau severe)	0.2394	4.24	1	14	0.00
411	9	M	J3030	Tulburări nemaligne ale sânelui	0.2772	3.99	1	12	0.00
412	9	M	J3041	Celulita vârsta > 59 cu CC catastrofale sau severe	1.342	8.38	3	24	1.00
413	9	M	J3042	Celulita (vârsta > 59 fără CC catastrofale sau severe) sau vârsta < 60	0.5608	5.97	2	18	1.00
414	9	M	J3051	Trauma a pielii, țesutului subcutanat și sânelui vârsta > 69	0.5545	4.85	1	15	2.00
415	9	M	J3052	Trauma a pielii, țesutului subcutanat și sânelui vârsta < 70	0.2709	3.42	1	10	1.00
416	9	M	J3061	Tulburări minore ale pielii	0.5923	4.54	1	13	1.00
417	9	M	J3062	Tulburări minore ale pielii, de zi	0.1575	0	1	1	0.00
418	9	M	J3071	Tulburări majore ale pielii	0.9199	5.35	2	15	1.00
419	9	M	J3072	Tulburări majore ale pielii, de zi	0.0882	-	-	-	-
420	10	C	K1010	Proceduri ale piciorului diabetic	3.7867	10.29	3	31	1.00
421	10	C	K1020	Proceduri la nivel de hipofiză	2.7849	8.89	2	29	1.00
422	10	C	K1030	Proceduri la nivelul suprarenalelor	2.6085	10.38	3	29	1.00
423	10	C	K1040	Proceduri majore pentru obezitate	1.5689	5.01	2	12	1.00
424	10	C	K1050	Proceduri la nivelul paratiroidelor	1.2664	5.29	2	14	0.00
425	10	C	K1060	Proceduri la nivelul tiroidei	1.1152	5.11	2	13	1.00

426	10	C	K1070	Proceduri privind obezitatea	1.3357	-	-	-	-
427	10	C	K1080	Proceduri privind tiroglosul	0.6616	5.93	2	15	1.00
428	10	C	K1090	Alte proceduri în sala de operații la nivel endocrin, nutrițional și metabolic	2.7849	6.64	1	24	1.00
429	10	A	K2010	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburări metabolice fără CC, de zi	0.3843	-	-	-	-
430	10	M	K3011	Diabet cu CC catastrofale sau severe	1.279	6.4	2	17	3.00
431	10	M	K3012	Diabet fără CC catastrofale sau severe	0.5734	5.6	2	16	2.00
432	10	M	K3020	Perturbare nutrițională severă	2.306	6.12	2	18	1.00
433	10	M	K3031	Diverse tulburări metabolice cu CC catastrofale	1.5185	5.81	2	15	2.00
434	10	M	K3032	Diverse tulburări metabolice vârsta > 74 sau cu CC severe	0.7246	4.57	2	12	1.00
435	10	M	K3033	Diverse tulburări metabolice vârsta < 75 fără CC catastrofale sau severe	0.3843	3.75	1	10	1.00
436	10	M	K3040	Erori înăscute de metabolism	0.4158	4.17	1	12	1.00
437	10	M	K3051	Tulburări endocrine cu CC catastrofale sau severe	1.4239	4.91	2	12	1.00
438	10	M	K3052	Tulburări endocrine fără CC catastrofale sau severe	0.4851	4.13	2	10	1.00
439	11	C	L1011	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializă cu CC catastrofale sau severe	4.0576	15.84	2	95	1.00
440	11	C	L1012	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializă fără CC catastrofale sau severe	1.1971	-	-	-	-
441	11	C	L1021	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofale sau severe	4.1332	13.9	3	45	2.00
442	11	C	L1022	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori fără CC catastrofale sau severe	2.7345	12.14	3	38	2.00
443	11	C	L1031	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofale	3.6229	9.75	2	35	1.00
444	11	C	L1032	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC severe sau moderate	1.8461	8.06	2	28	1.00
445	11	C	L1033	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori benigne fără CC	1.279	8.06	2	29	1.00
446	11	C	L1041	Prostatectomie transuretrală cu CC catastrofale sau severe	2.2241	9.61	4	21	0.00
447	11	C	L1042	Prostatectomie transuretrală fără CC catastrofale sau severe	0.8821	8.2	3	23	0.00
448	11	C	L1051	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofale sau severe	1.9847	7.68	2	27	1.00
449	11	C	L1052	Proceduri minore ale vezicii urinare fără CC catastrofale sau severe	0.6364	6.05	1	20	1.00
450	11	C	L1061	Proceduri transuretrale cu excepția prostatectomiei cu CC catastrofale sau					

				severe	1.279	6.61	2	19	1.00
451	11	C	L1062	Proceduri transuretrale cu excepția prostatectomiei fără CC catastrofale sau severe	0.523	5.15	2	15	1.00
452	11	C	L1071	Proceduri ale uretrei cu CC	0.8569	5.66	2	17	1.00
453	11	C	L1072	Proceduri ale uretrei fără CC	0.5419	5.65	1	19	1.00
454	11	C	L1081	Alte proceduri pentru tulburări ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofal	4.946	7.1	1	32	1.00
455	11	C	L1082	Alte proceduri pentru tulburări ale rinichiului și tractului urinar cu CC severe	2.1233	4.82	1	17	1.00
456	11	C	L1083	Alte proceduri pentru tulburări ale rinichiului și tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	1.0459	3.84	1	13	1.00
457	11	A	L2010	Ureteroscopie	0.6238	4.75	1	14	0.00
458	11	A	L2020	Cistoureteroscopie, de zi	0.2016	-	-	-	-
459	11	A	L2030	Litotripsie extracorporeală pentru litiaza urinară	0.3969	4.33	1	15	0.00
460	11	M	L3011	Insuficiența renală cu CC catastrofale	2.2556	8.86	2	33	2.00
461	11	M	L3012	Insuficiența renală cu CC severe	1.216	6.79	2	22	2.00
462	11	M	L3013	Insuficiența renală fără CC catastrofale sau severe	0.6364	5.55	2	18	1.00
463	11	M	L3020	Internare pentru dializă renală	0.0945	-	-	-	-
464	11	M	L3031	Tumori ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	1.2601	5.82	1	21	1.00
465	11	M	L3032	Tumori ale rinichiului și tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	0.6112	4.06	1	13	1.00
466	11	M	L3041	Infecții ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale	1.6445	6.21	2	20	3.00
467	11	M	L3042	Infecții ale rinichiului și tractului urinar vârsta > 69 sau cu CC severe	0.7435	6	2	17	2.00
468	11	M	L3043	Infecții ale rinichiului și tractului urinar vârsta < 70 fără CC catastrofale sau severe	0.4284	5.11	2	14	1.00
469	11	M	L3050	Pietre și obstrucție urinară	0.3276	4.23	1	12	1.00
470	11	M	L3061	Semne și simptome ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	0.9262	5.12	2	14	1.00
471	11	M	L3062	Semne și simptome ale rinichiului și tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	0.3339	4.31	1	12	1.00
472	11	M	L3070	Stricturea uretrală	0.3528	4.47	1	14	1.00
473	11	M	L3081	Alte diagnostice la nivelul rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale	2.0603	7.22	2	23	6.50
474	11	M	L3082	Alte diagnostice la nivelul rinichiului și tractului urinar cu CC severe	0.8947	5.49	2	17	1.00
475	11	M	L3083	Alte diagnostice La nivelul rinichiului și tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	0.3087	4.74	1	14	1.00

476	12	C	M1010	Proceduri majore pelvine la bărbat	2.7723	15.27	6	32	1.00
477	12	C	M1021	Prostatectomie transuretrală cu CC catastrofale sau severe	1.6823	8.85	3	21	1.00
478	12	C	M1022	Prostatectomie transuretrală fără CC catastrofale sau severe	0.8695	8.18	3	20	1.00
479	12	C	M1031	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1.0963	4.36	1	12	1.00
480	12	C	M1032	Proceduri la nivelul penisului fără CC	0.5734	3.46	1	10	1.00
481	12	C	M1041	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1.0711	5.49	2	15	1.00
482	12	C	M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fără CC	0.441	4.16	1	11	1.00
483	12	C	M1050	Circumcizie	0.3213	2.94	1	8	0.00
484	12	C	M1061	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea malignă	1.9217	4.55	1	15	1.00
485	12	C	M1062	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptând cele pentru starea malignă	0.6049	5.61	2	17	1.00
486	12	A	M2010	Cistouretriscopie fără CC, de zi	0.189	-	-	-	-
487	12	M	M3011	Stare malignă a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofale sau severe	1.0081	5.33	1	18	1.00
488	12	M	M3012	Stare malignă a sistemului reproductiv masculin fără CC catastrofale sau severe	0.3465	4.21	1	14	1.00
489	12	M	M3021	Hipertrofie prostatică benignă cu CC catastrofale sau severe	1.0837	4.95	1	15	1.00
490	12	M	M3022	Hipertrofie prostatică benignă fără CC catastrofale sau severe	0.2835	4.21	1	13	1.00
491	12	M	M3031	Inflamații ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0.7687	4.99	2	14	0.00
492	12	M	M3032	Inflamații ale sistemului reproductiv masculin fără CC	0.3402	4.15	1	12	0.00
493	12	M	M3040	Sterilizare, bărbați	0.2646	-	-	-	-
494	12	M	M3050	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0.252	3.99	1	12	1.00
495	13	C	N1010	Eviscerare a pelvisului și vulvectomie radicală	3.3456	11.36	4	26	1.00
496	13	C	N1021	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare malignă ovariană sau a anexelor cu CC	3.0243	8.55	3	22	1.00
497	13	C	N1022	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare malignă ovariană sau a anexelor fără CC	1.6949	6.63	2	19	1.00
498	13	C	N1031	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare malignă non-ovariană sau a anexelor cu CC	2.5833	6.73	1	25	1.00
499	13	C	N1032	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare malignă non-ovariană sau a anexelor fără CC	1.5878	5.29	1	19	1.00
500	13	C	N1040	Histerectomie pentru stare nemalignă	1.1719	8.31	3	19	1.00
501	13	C	N1051	Ovariectomie și proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC					

				catastrofale sau severe	1.9784	7.88	3	20	1.00
502	13	C	N1052	Ovariectomie și proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fără CC catastrofale sau severe	0.9955	6.75	2	18	1.00
503	13	C	N1060	Proceduri de reconstrucție ale sistemului reproductiv feminin	0.9514	6.72	2	17	1.00
504	13	C	N1070	Alte proceduri la nivel uterin și anexe pentru stare nemalignă	0.5104	3.56	1	11	1.00
505	13	C	N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0.4536	4.21	1	13	1.00
506	13	C	N1090	Conizație, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin și vulvei	0.3087	3.6	1	11	1.00
507	13	C	N1100	Curetaj diagnostic și histeroscopie diagnostică	0.2898	2.64	1	7	0.00
508	13	C	N1111	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului reproductiv feminin vârsta > 64 cu stare malignă sau cu	2.8668	4.01	1	11	1.00
509	13	C	N1112	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului reproductiv feminin vârsta < 65 fără neoplasm fără CC	0.3717	3.2	1	9	1.00
510	13	A	N2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru afecțiuni ale sistemul reproductiv feminin	0.189	-	-	-	-
511	13	M	N3011	Stare malignă a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofale sau severe	1.0963	6.01	1	22	2.00
512	13	M	N3012	Stare malignă a sistemului reproductiv feminin fără CC catastrofale sau severe	0.5797	4.61	1	15	1.00
513	13	M	N3020	Infecții, sistem reproductiv feminin	0.3969	3.86	1	11	1.00
514	13	M	N3031	Tulburări menstruale și alte tulburări ale sistemului genital feminin cu CC	0.4347	3.9	1	10	1.00
515	13	M	N3032	Tulburări menstruale și alte tulburări ale sistemului genital feminin fără CC	0.1827	3.17	1	9	1.00
516	14	C	O1011	Naștere prin cezariană cu CC catastrofale	2.3123	6.4	2	16	1.00
517	14	C	O1012	Naștere prin cezariană cu CC severe	1.5752	6.27	2	15	1.00
518	14	C	O1013	Naștere prin cezariană fără CC catastrofale sau severe	1.2223	5.47	2	12	1.00
519	14	C	O1021	Naștere vaginală cu proceduri în sala de operații cu CC catastrofale sau severe	1.2412	5.13	2	11	0.00
520	14	C	O1022	Naștere vaginală cu proceduri în sala de operații fără CC catastrofale sau severe	0.9388	4.74	2	10	0.00
521	14	C	O1030	Sarcina ectopică	0.8128	5.37	2	13	1.00
522	14	C	O1040	Postpartum și post avort cu proceduri în sala de operații	0.586	3.16	1	8	1.00
523	14	C	O1050	Avort cu proceduri în sala de operații	0.2835	2.38	1	6	0.00
524	14	A	O2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru sarcină, naștere sau lăuzie	0.189	-	-	-	-
525	14	M	O3011	Naștere vaginală cu CC catastrofale sau severe	1.027	5.31	2	13	1.00
526	14	M	O3012	Naștere vaginală fără CC catastrofale sau severe	0.7309	4.58	2	10	1.00

527	14	M	03013	Naștere vaginală singulară fără complicații fără alte afecțiuni	0.6238	4.61	2	10	1.00
528	14	M	03020	Postpartum și post avort cu proceduri în sala de operații	0.3402	5.36	1	16	1.00
529	14	M	03030	Avort fără proceduri în sala de operații	0.2394	2.78	1	8	1.00
530	14	M	03041	Travaliu fals înainte de 37 săptămâni sau cu CC catastrofale	0.3276	3.49	1	10	1.00
531	14	M	03042	Travaliu fals după 37 săptămâni fără CC catastrofale	0.1449	3.06	1	8	0.00
532	14	M	03051	Internare prenatală și pentru alte probleme obstetrice	0.3654	3.86	1	10	1.00
533	14	M	03052	Internare prenatală și pentru alte probleme obstetrice, de zi	0.0945	0	1	1	0.00
534	15	C	P1010	Nou-născut externat ca deced sau transfer, la interval < 5 zile de internare, cu proceduri semnificative în sala de operații	0.7561	2.12	1	5	1.00
535	15	C	P1020	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru nou-născuți	15.7327	-	-	-	-
536	15	C	P1030	Nou-născut, greutate la internare 1000-1499 g cu procedură semnificativă în sala de operații	12.4375	22.22	2	132	16.50
537	15	C	P1040	Nou-născut, greutate la internare 1500-1999 g cu procedură semnificativă în sala de operații	9.9109	21.83	2	102	9.00
538	15	C	P1050	Nou-născut, greutate la internare 2000-2499 g cu procedură semnificativă în sala de operații	6.414	14.11	2	60	11.00
539	15	C	P1061	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g cu procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme multiple majore	10.1629	22.26	3	81	13.00
540	15	C	P1062	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g cu procedură semnificativă în sala de operații, fără probleme multiple majore	3.27	5.37	2	12	5.00
541	15	M	P3011	Nou-născut externat ca deced sau transfer, la interval < 5 zile de internare, fără procedură semnificativă în sala de operații, cu diagnostic neonatal	0.2709	1.23	1	3	1.00
542	15	M	P3012	Nou-născut sau sugar subponderal, externat ca deced sau transfer, la interval < 5 zile de la internare, fără procedură semnificativă în sala de operații, fără diagnostic neonatal	0.4536	1.28	1	3	1.00
543	15	M	P3020	Nou-născut, greutate la internare < 750 g	22.6886	19.08	2	88	9.00
544	15	M	P3030	Nou-născut, greutate la internare 750-999 g	15.7579	26.91	1	172	16.00
545	15	M	P3040	Nou-născut, greutate la internare 1000-1249 g fără procedură semnificativă în sala de operații	6.0801	16.27	1	80	11.50
546	15	M	P3050	Nou-născut, greutate la internare 1250-1499 g fără procedură semnificativă în sala de operații	4.5113	21.72	2	122	11.00
547	15	M	P3061	Nou-născut, greutate la internare 1500-1999 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme multiple					

				majore	4.6751	19.7	3	84	9.00
548	15	M	P3062	Nou-născut, greutate la internare 1500-1999 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme majore	3.1944	15.54	2	64	7.00
549	15	M	P3063	Nou-născut, greutate la internare 1500-1999 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu alte probleme	2.3312	13.94	2	58	5.00
550	15	M	P3064	Nou-născut, greutate la internare 1500-1999 g fără procedură semnificativă în sala de operații, fără probleme	2.1296	11.49	1	57	5.00
551	15	M	P3071	Nou-născut, greutate la internare 2000-2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme multiple majore	2.5581	12.74	2	44	9.00
552	15	M	P3072	Nou-născut, greutate la internare 2000-2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme majore	2.0918	8.95	2	26	6.00
553	15	M	P3073	Nou-născut, greutate la internare 2000-2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu alte probleme	1.4176	7.48	2	20	4.00
554	15	M	P3074	Nou-născut, greutate la internare 2000-2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, fără probleme	0.6301	6.59	2	18	4.00
555	15	M	P3081	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme multiple majore	2.2934	6.86	2	18	6.00
556	15	M	P3082	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme majore	1.3042	5.06	2	11	3.00
557	15	M	P3083	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu alte probleme	0.7309	4.36	2	9	2.00
558	15	M	P3084	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, fără probleme	0.315	4.02	2	7	1.00
559	16	C	Q1010	Splenectomie	2.3753	12.16	4	32	1.00
560	16	C	Q1021	Alte proceduri în sala de operații ale sângelui și organelor hematopoietice cu CC catastrofale sau severe	3.3582	5.12	1	16	1.00
561	16	C	Q1022	Alte proceduri în sala de operații ale sângelui și organelor hematopoietice fără CC catastrofale sau severe	0.6175	4.85	1	15	1.00
562	16	M	Q3011	Tulburări reticuloendoteliale și de imunitate cu CC catastrofale sau severe	1.5563	5.4	2	15	2.00
563	16	M	Q3012	Tulburări reticuloendoteliale și de imunitate fără CC catastrofale sau severe cu stare malignă	0.712	5.9	1	20	1.00
564	16	M	Q3013	Tulburări reticuloendoteliale și de imunitate fără CC catastrofale sau severe fără stare malignă	0.2331	4.8	1	15	1.00
565	16	M	Q3021	Tulburări ale globulelor roșii cu CC catastrofale	1.3168	5.54	2	16	1.00
566	16	M	Q3022	Tulburări ale globulelor roșii cu CC severe	0.649	5.71	2	17	2.00
567	16	M	Q3023	Tulburări ale globulelor roșii fără CC					

				catastrofale sau severe	0.2268	5.26	1	17	2.00
568	16	M	Q3030	Anomalii de coagulare	0.3969	5.51	1	20	1.00
569	17	C	R1011	Limfom și leucemie cu proceduri majore în sala de operații, cu CC catastrofale sau severe	6.3195	10.83	2	43	1.00
570	17	C	R1012	Limfom și leucemie cu proceduri majore în sala de operații, fără CC catastrofale sau severe	2.0162	7.12	1	28	1.00
571	17	C	R1021	Alte tulburări neoplazice cu proceduri majore în sala de operații, cu CC catastrofale sau severe	3.396	7.93	1	34	1.00
572	17	C	R1022	Alte tulburări neoplazice cu proceduri majore în sala de operații, fără CC catastrofale sau severe	1.8398	7.41	1	32	1.00
573	17	C	R1031	Limfom și leucemie cu alte proceduri în sala de operații cu CC catastrofale sau severe	4.8767	10.36	1	47	1.00
574	17	C	R1032	Limfom și leucemie cu alte proceduri în sala de operații fără CC catastrofale sau severe	0.9892	5.39	1	21	0.00
575	17	C	R1041	Alte tulburări neoplazice cu alte proceduri în sala de operații cu CC catastrofale sau severe	1.5248	5.41	1	19	1.00
576	17	C	R1042	Alte tulburări neoplazice cu alte proceduri în sala de operații fără CC catastrofale sau severe	0.712	3.86	1	14	1.00
577	17	M	R3011	Leucemie acută cu CC catastrofale	5.387	14.73	2	73	1.00
578	17	M	R3012	Leucemie acută cu CC severe	1.0648	7.32	1	28	1.00
579	17	M	R3013	Leucemie acută fără CC catastrofale sau severe	0.6112	4.34	1	15	2.00
580	17	M	R3021	Limfom și leucemie non-acută cu CC catastrofale	3.0936	6.12	1	23	1.00
581	17	M	R3022	Limfom și leucemie non-acută fără CC catastrofale	1.0207	4.45	1	15	1.00
582	17	M	R3023	Limfom și leucemie non-acută, de zi	0.1323	0	1	1	0.00
583	17	M	R3031	Alte tulburări neoplazice cu CC	1.1656	4.95	1	17	1.00
584	17	M	R3032	Alte tulburări neoplazice fără CC	0.4914	4.03	1	14	1.00
585	17	M	R3040	Chimioterapie	0.1512	-	-	-	-
586	17	M	R3050	Radioterapie	0.4095	-	-	-	-
587	18	M	S3010	HIV, de zi	0.189	-	-	-	-
588	18	M	S3021	Boli conexe HIV cu CC catastrofale	5.4627	7.99	2	29	1.00
589	18	M	S3022	Boli conexe HIV cu CC severe	2.432	5.66	2	17	1.00
590	18	M	S3023	Boli conexe HIV fără CC catastrofale sau severe	1.5941	3.98	1	10	2.00
591	18	C	T1011	Proceduri în sala de operații pentru boli infecțioase și parazitare cu CC catastrofale	5.6769	9.31	2	38	1.00
592	18	C	T1012	Proceduri în sala de operații pentru boli infecțioase și parazitare cu CC severe sau moderate	2.4888	5	1	16	1.00

593	18	C	T1013	Proceduri în sala de operații pentru boli infecțioase și parazitare fără CC	1.3231	5.94	1	22	1.00
594	18	M	T3011	Septicemie cu CC catastrofale sau severe	1.7327	8.47	2	27	2.00
595	18	M	T3012	Septicemie fără CC catastrofale sau severe	0.8254	6.07	2	17	2.00
596	18	M	T3021	Infecții postoperatorii și posttraumatice vârsta > 54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.9514	8.9	2	31	1.00
597	18	M	T3022	Infecții postoperatorii și posttraumatice vârsta < 55 fără CC catastrofale sau severe	0.5545	5.88	2	19	1.00
598	18	M	T3031	Febra de origine necunoscută cu CC	0.8443	5.12	2	14	1.00
599	18	M	T3032	Febra de origine necunoscută fără CC	0.3969	4.26	2	12	1.00
600	18	M	T3041	Boala virală vârsta > 59 sau cu CC	0.5734	5.67	2	16	3.00
601	18	M	T3042	Boala virală vârsta < 60 fără CC	0.3087	4.44	1	13	1.00
602	18	M	T3051	Alte boli infecțioase sau parazitare cu CC catastrofale sau severe	1.8146	5.66	2	16	3.00
603	18	M	T3052	Alte boli infecțioase sau parazitare fără CC catastrofale sau severe	0.5608	5.31	2	14	1.00
604	19	A	U2010	Tratament al sănătății mentale, de zi, cu terapie electroconvulsivă (ECT)	0.1197	-	-	-	-
605	19	M	U3010	Tratament al sănătății mentale, de zi, fără terapie electroconvulsivă (ECT)	0.1134	0	1	1	0.00
606	19	M	U3021	Tulburări schizofrenice cu statut legal al sănătății mentale	2.3942	-	-	-	-
607	19	M	U3022	Tulburări schizofrenice fără statut legal al sănătății mentale	1.3168	15.58	3	54	2.00
608	19	M	U3031	Paranoia și tulburare psihică acută cu CC catastrofale/sever sau cu statut legal al sănătății mentale	1.928	12.86	3	40	2.00
609	19	M	U3032	Paranoia și tulburare psihică acută fără CC catastrofale/sever fără statut legal al sănătății mentale	0.9325	12.82	3	47	1.00
610	19	M	U3041	Tulburări afective majore vârsta > 69 sau cu (CC catastrofale sau severe)	2.2367	11.54	3	33	1.50
611	19	M	U3042	Tulburări afective majore vârsta < 70 fără CC catastrofale sau severe	1.4996	11.76	3	34	1.00
612	19	M	U3050	Alte tulburări afective și somatoforme	0.8695	9.78	2	33	1.00
613	19	M	U3060	Tulburări de anxietate	0.6553	7.42	2	26	1.00
614	19	M	U3070	Supralimentație și tulburări obsesiv-compulsive	3.3204	5.28	2	15	1.00
615	19	M	U3080	Tulburări de personalitate și reacții acute	0.8002	8.41	2	33	1.00
616	19	M	U3090	Tulburări mentale în copilărie	1.6634	5.43	2	16	1.00
617	20	M	V3011	Intoxicație cu alcool și sevraj cu CC	0.5545	8.56	2	32	1.00
618	20	M	V3012	Intoxicație cu alcool și sevraj fără CC	0.2457	7.56	1	32	1.00
619	20	M	V3020	Intoxicații medicamentoase și sevraj	0.7309	9.54	1	50	1.50
620	20	M	V3031	Tulburare și dependență datorită					

				consumului de alcool	0.6805	9.34	2	37	1.00
621	20	M	V3032	Tulburare și dependență datorită consumului de alcool, de zi	0.0882	-	-	-	-
622	20	M	V3041	Tulburare și dependență datorită consumului de opiacee	0.3843	7.53	1	30	
623	20	M	V3042	Tulburare și dependență datorită consumului de opiacee, pacient plecat împotriva avizului medical	0.3591	-	-	-	-
624	20	M	V3050	Alte tulburări și dependențe datorită consumului de droguri	0.3843	8.96	1	43	2.00
625	21	C	W1010	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traumatisme multiple semnificative	15.2538	25.93	4	98	8.00
626	21	C	W1020	Proceduri la șold, femur și membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5.9478	18.33	4	54	1.00
627	21	C	W1030	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4.5617	12.97	4	34	3.00
628	21	C	W1040	Alte proceduri în sala de operații pentru traumatisme multiple semnificative	5.0405	14.29	3	52	2.00
629	21	M	W3010	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la altă unitate de îngrijiri acute, LOS < 5 zile	0.9766	1.3	1	3	1.00
630	21	M	W3020	Traumatisme multiple fără proceduri semnificative	2.0036	6.75	1	26	2.00
631	21	C	X1010	Transfer de țesut microvascular sau grefa de piele pentru leziuni ale mâinii	0.838	4.71	1	16	1.00
632	21	C	X1021	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior vârsta > 59 sau cu CC	1.8272	7.72	1	28	1.00
633	21	C	X1022	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior vârsta < 60 fără CC	0.7624	5.19	1	16	0.00
634	21	C	X1030	Alte proceduri pentru leziuni ale mâinii	0.5545	3.98	1	12	1.00
635	21	C	X1041	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofale sau severe	2.1611	5.37	1	18	1.00
636	21	C	X1042	Alte proceduri pentru alte leziuni fără CC catastrofale sau severe	0.6553	4.01	1	14	1.00
637	21	C	X1051	Grefe de piele pentru leziuni ale extremităților mâinii cu transfer de țesut microvascular sau cu (CC catastrofale sau severe)	3.5158	13.38	2	59	0.00
638	21	C	X1052	Grefe de piele pentru leziuni ale extremităților mâinii cu transfer de țesut microvascular fără CC catastrofale sau severe	1.5437	11.21	1	51	0.00
639	21	M	X3011	Leziuni vârsta > 64 cu CC	0.8506	6.42	2	20	1.00
640	21	M	X3012	Leziuni vârsta > 64 fără CC	0.2772	5.49	1	18	1.00
641	21	M	X3013	Leziuni vârsta < 65	0.2268	4.12	1	13	1.00
642	21	M	X3020	Reacții alergice	0.2457	3.57	1	10	1.00
643	21	M	X3031	Otrăvire/efecte toxice ale medicamentelor și ale altor substanțe vârsta > 59 sau cu CC	0.586	3.4	1	10	1.00
644	21	M	X3032	Otrăvire/efecte toxice ale medicamentelor					

				și ale altor substanțe vârstă < 60 fără CC	0.2457	2.23	1	6	1.00
645	21	M	X3041	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofale sau severe	0.9577	6.01	2	19	1.00
646	21	M	X3042	Sechele ale tratamentului fără CC catastrofale sau severe	0.3906	5.94	1	21	1.00
647	21	M	X3051	Altă leziune, otrăvire și diagnostic privind efectele toxice vârstă > 59sau cu CC	0.649	6.08	1	22	1.00
648	21	M	X3052	Altă leziune, otrăvire și diagnostic privind efectele toxice vârstă < 60 fără CC	0.2268	4.22	1	13	1.00
649	22	C	Y1010	Arsuri grave, cu adâncime completă	28.8695	23.81	2	143	3.00
650	22	C	Y1021	Alte arsuri cu grefă de piele vârstă > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	5.9163	22.51	3	89	1.00
651	22	C	Y1022	Alte arsuri cu grefă de piele vârstă < 65 fără (CC catastrofale sau severe) fără proceduri complicate	1.9469	18.69	2	88	0.00
652	22	C	Y1030	Alte proceduri în sala de operații pentru alte arsuri	1.1971	9.64	2	36	1.00
653	22	M	Y2011	Alte arsuri vârstă > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	1.5311	8.66	2	29	1.00
654	22	M	Y2012	Alte arsuri vârstă < 65 fără (CC catastrofale sau severe) fără proceduri complicate	0.4347	6.38	2	22	1.00
655	22	M	Y3010	Arsuri, pacienți transferați către alte unități de îngrijiri acute < 5 zile	0.252	0.97	1	2	0.00
656	22	M	Y3020	Arsuri grave	0.9325	11.02	2	43	3.00
657	23	C	Z1011	Proceduri în sala de operații cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sănătate cu CC catastrofale/sever	1.0585	3.98	1	14	1.00
658	23	C	Z1012	Proceduri în sala de operații cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sănătate fără CC catastrofale/sever	0.4536	3.25	1	10	1.00
659	23	A	Z2010	Monitorizare după tratament complet cu endoscopie	0.1701	3.06	1	9	0.00
660	23	M	Z3011	Reabilitare cu CC catastrofale sau severe	2.1989	6.53	2	21	2.00
661	23	M	Z3012	Reabilitare fără CC catastrofale sau severe	1.1341	5.02	1	18	1.00
662	23	M	Z3013	Reabilitare, de zi	0.1575	0	1	1	0.00
663	23	M	Z3020	Semne și simptome	0.441	4.74	1	16	1.00
664	23	M	Z3030	Monitorizare fără endoscopie	0.189	4.14	1	15	0.00
665	23	M	Z3041	Alte post îngrijiri cu CC catastrofale sau severe	1.5122	3.25	1	9	4.00
666	23	M	Z3042	Alte post îngrijiri fără CC catastrofale sau severe	0.4914	3.24	1	9	0.00
667	23	M	Z3051	Alți factori care influențează starea de sănătate	0.5923	3.84	1	13	1.00

668	23	M	Z3052	Alți factori care influențează starea de					
				sănătate, de zi	0.1323	-	-	-	-
669	23	M	Z3060	Anomalii congenitale multiple,					
				nespecificate sau altele	0.441	4.93	1	16	2.00

NOTĂ:

1. "-" semnifică un număr 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 și limitele duratei de spitalizare pentru fiecare grupă de diagnostice au fost calculate pe baza datelor raportate de spitale în perioada 01.01-31.12.2013.
3. Mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI la nivel național, a fost calculată luând în considerare toate cazurile raportate și validate în perioada 01.01-31.12.2013 pentru o anumită grupă de diagnostice, pentru care s-a înregistrat minim un transfer intraspitalicesc în secția Anestezie și Terapie Intensivă - ATI.
4. M - categorie medicală, C - categorie chirurgicală, A - alte categorii
5. duratele de spitalizare au fost calculate numai pe baza cazurilor externe, validate și raportate de pe secțiile de acuți din spitalele cuprinse în anexa 23A la ordin.

Definirea termenilor utilizați în sistemul DRG

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

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

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

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

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

Cazuri rezolvate (cazuri externe - CR): totalitatea cazurilor externe dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat)

Durata de spitalizare (DS): numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării și cel al externării din spital

Cazuri normale (CN): cazuri externe clasificate în același DRG cu durata de spitalizare asemănătoare din punct de vedere statistic

Cazuri extreme (ca durată de spitalizare) - "outliers": cazuri externe clasificate în același DRG cu durate de spitalizare foarte diferite față de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mici (ca durată de spitalizare) CEMC - "low outliers": cazuri externe clasificate în același DRG cu durate de spitalizare foarte mici față de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mari (ca durată de spitalizare) CEMR - "high outliers": cazuri externe clasificate în același DRG cu durate de spitalizare foarte mari față de cea a cazurilor normale

Interval de normalitate: un interval definit statistic care conține un procent semnificativ de observații (de exemplu 95% din observații)

Intervalul de normalitate pentru durata de spitalizare: intervalul definit statistic care conține un procent semnificativ (de exemplu 90%) de cazuri cu durate de spitalizare asemănătoare ale cazurilor externe

Limitele intervalului de normalitate pentru durata de spitalizare: valorile extreme (ale duratei de spitalizare) ce delimitează intervalul de normalitate, adică limita inferioară și limita superioară a duratei de spitalizare

Limitele intervalului de normalitate se calculează pentru durata de spitalizare a fiecărei grupe de diagnostice, astfel încât se obține o limită inferioară (LINF) și o limită superioară (LSUP) pentru fiecare grupă de diagnostice (DRGi).

Aceste valori ale limitelor sunt prezentate în tabelul de mai sus.

Indice de echivalență - e: o pondere asociată fiecărui caz rezolvat, în funcție de durata de spitalizare a cazului și limitele de normalitate ale duratei de spitalizare pentru respectivul tip de caz (DRG).

$e = 1$ pentru $LINF \leq DS \leq LSUP$

$e = DS/LINF$ pentru $DS < LINF$

$e = DS/LSUP$ pentru $DS > LSUP$, e maxim = 3

Exemplu pentru un pacient externat, clasificat în DRGi, cu DS de 2 zile:

LINF pentru DRGi este 3 zile

LSUP pentru DRGi este 18 zile

Se observă că acest caz este un caz extrem mic ($DS < LINF$), deci $e = DS/LINF = 2/3$

Cazuri echivalente (CE): cazurile externe într-o anumită perioadă, ajustate pe baza indicelui de echivalență

$CE = \sum(CR_i \times e_i)$

Cazuri ponderate (CP): pacienți "virtuali" generați prin ajustarea cazurilor externate, în funcție de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate și pentru cazurile echivalente

$Nr. CP = \sum (VRDRGi \times CRDRGi)$

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

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

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 referință, ce reflectă costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

- pentru un spital:

CCPs = bugetul aferent cazurilor acute/nr. total cazuri ponderate

- la nivel național:

CCPN = bugetele aferente cazurilor acute la nivel național/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

$TCR = TCP \times ICM$

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

$TCDRGi = TCP \times VRDRGi$

Abrevieri:

CMD = Categoriile majore de diagnostice

DRG = Grupe de diagnostice

VR = Valoare Relativă

DS = Durată de spitalizare

CR = Cazuri rezolvate (externate)

CN = Cazuri normale

CEMC = Cazuri extreme mici

CEMR = Cazuri extreme mari

LINF = Limita inferioară a intervalului de normalitate

LSUP = Limita superioară a intervalului de normalitate

e = Indicele de echivalență

CE = Cazuri echivalente

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 23 C

TARIFELE MAXIMALE PE ZI DE SPITALIZARE, PE SECȚIE/COMPARTIMENT PENTRU SPITALELE DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE, PRECUM ȘI PENTRU SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI/RECUPERARE ȘI NEONATOLOGIE - PREMATURI DIN ALTE SPITALE INCLUSIV PENTRU SECȚIILE/COMPARTIMENTELE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Nr.	Denumire secție/compartiment	Codul secției/compartimentului*)	Tarif maximal pe zi de spitalizare 2014 (lei)
1	Recuperare, medicină fizică și balneologie	1371	202,11
2	Recuperare, medicină fizică și balneologie copii	1372	108,50
3	Cronici	1061	198,29
4	Distrofici - Pediatrie (Recuperare pediatrică)	1272	141,43
5	Pneumoftiziologie	1301	200,20
6	Pneumoftiziologie copii	1302	258,01

7	Pediatrie cronici	1282	278,04
8	Neonatologie (prematuri)	1222	444,35
9	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul II	1222.1	477,80
10	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul III	1222.2	955,60
11	Psihiatrie cronici	1333.2	112,28
12	Psihiatrie cronici (lungă durată)	1333.1	97,32
13	Recuperare medicală - cardiovasculară	1383	203,07
14	Recuperare medicală - ortopedie și traumatologie	1403	268,52
15	Recuperare medicală - respiratorie	1413	256,58
16	Pediatrie (Recuperare pediatrică)	1272	199,08
17	Recuperare neuropsihomotorie	1423	206,89
18	Recuperare medicală - neurologie	1393	217,72
19	Recuperare medicală	1393_REC	211,14
20	Geriatrie, gerontologie	1121	171,05
21	Îngrijiri paliative	1061_PAL	235,62

*) conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001

privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare

Primul tabel din anexa 23C a fost modificat de **RECTIFICAREA nr. 619 din 30 mai 2014**, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 462 din 24 iunie 2014.

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2014 trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții:

- nu poate fi mai mare decât tariful maximal pe zi de spitalizare 2014, cu excepția secțiilor de psihiatrie cronici prevăzute la poz. 11 și 12, a secției Distrofici - Pediatrie (recuperare pediatrică) prevăzută la poz. 4, a secției de recuperare neuropsihomotorie și recuperare medicală - neurologie prevăzute la poz. 17 și 18, din tabelul de mai sus, pentru care tarifele maxime se pot majora cu până la 30%.

- nu poate fi mai mare decât tariful contractat în anul 2013 + 15%, cu excepția secțiilor de psihiatrie cronici prevăzute la poz. 11 și 12, a secției Distrofici - Pediatrie (recuperare pediatrică) prevăzută la poz. 4, a secției de recuperare neuropsihomotorie și recuperare medicală - neurologie prevăzute la poz. 17 și 18, din tabelul de mai sus, pentru care tariful contractat în anul 2014 nu poate fi mai mare decât tariful contractat în anul 2013 + 30%.

NOTA 2: Pentru secția de recuperare medicală neurologie de la Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar Arseni", secția clinică (IV) de recuperare medicală neurologie din cadrul Institutului Național de Recuperare Medicină Fizică și Balneologie și secția de recuperare neuropsihomotorie pentru copii de la Centrul Medical Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie pentru Copii "Dr.N. Robanescu", tariful maximal pe zi de spitalizare este de 400 lei/zi și nu se aplică prevederile de la NOTA 1.

NOTA 3: Pentru spitalele/secțiile care nu au fost în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2013, tariful maximal pe zi de spitalizare pentru 2014 este diminuat cu 20%. Diminuarea tarifului maximal pe zi de spitalizare pentru 2014 menționată anterior nu se aplică în cazul spitalelor reînființate dintre cele care au făcut obiectul **Hotărârii de Guvern nr. 212/2011** pentru aprobarea Programului de interes național "Dezvoltarea rețelei naționale de cămine pentru persoanele vârstnice, cu modificările și completările ulterioare.

TARIFUL MEDIU PE CAZ - MAXIMAL PENTRU SPITALELE DE ACUȚI NON DRG,
RESPECTIV PENTRU SECȚIILE/COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE
DE CRONICI ȘI DE RECUPERARE

Nr.	Grupa	Secția/compartimentul	Codul	Tarif mediu pe caz
crt		(acuți)	secției/compar-	- maximal 2014

			timentului*)	- lei -
1.	Medicale	Boli infecțioase	1011	1.128,12
2.	Medicale	Boli infecțioase copii	1012	937,24
3.	Medicale	Boli parazitare	1033	1.729,39
4.	Medicale	Cardiologie	1051	1.007,13
5.	Medicale	Cardiologie copii	1052	906,13
6.	Medicale	Dermatovenerologie	1071	1.069,51
7.	Medicale	Dermatovenerologie copii	1072	783,21
8.	Medicale	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	1081	1.030,42
9.	Medicale	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii	1082	1.061,61
10.	Medicale	Endocrinologie	1101	905,37
11.	Medicale	Endocrinologie copii	1102	975,51
12.	Medicale	Gastroenterologie	1111	1.110,46
13.	Medicale	Hematologie	1131	1.469,04
14.	Medicale	Hematologie copii	1132	951,16
15.	Medicale	Imunologie clinică și alergologie	1151	1.114,54
16.	Medicale	Imunologie clinică și alergologie copii	1152	831,69
17.	Medicale	Medicina internă	1171	915,68
18.	Medicale	Nefrologie	1191	1.121,20
19.	Medicale	Nefrologie copii	1192	839,25
20.	Medicale	Neonatologie (nn și prematuri)	1202	887,21
21.	Medicale	Neonatologie (nou născuți)	1212	818,38
22.	Medicale	Neurologie	1231	1.260,46
23.	Medicale	Neurologie pediatrică	1232	1.019,90
24.	Medicale	Oncologie medicală	1241	998,10
25.	Medicale	Oncopediatrie	1242	1.224,12
26.	Medicale	Pediatrie	1252	873,16
27.	Medicale	Pneumologie	1291	1.004,69
28.	Medicale	Pneumologie copii	1292	766,09
29.	Medicale	Psihiatrie acuți	1311	1.342,32
30.	Medicale	Psihiatrie pediatrică	1312	1.298,15
31.	Medicale	Psihiatrie (Nevroze)	1321	1.359,49
32.	Medicale	Psihiatrie (acuți și cronici)	1343	1.428,35

33.	Medicale	Reumatologie	1433	958,97
34.	Chirurgicale	Arși	2013	3.108,13
35.	Chirurgicale	Chirurgie cardiovasculară	2033	4.193,54
36.	Chirurgicale	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari	2043	3.255,31
37.	Chirurgicale	Chirurgie generală	2051	1.269,90
38.	Chirurgicale	Chirurgie și ortopedie pediatrică	2092	971,69
39.	Chirurgicale	Chirurgie pediatrică	2102	1.222,82
40.	Chirurgicale	Chirurgie plastică și reparatorie	2113	1.369,70
41.	Chirurgicale	Chirurgie toracică	2123	1.609,44
42.	Chirurgicale	Chirurgie vasculară	2133	2.293,84
43.	Chirurgicale	Ginecologie	2141	741,02
44.	Chirurgicale	Neurochirurgie	2173	2.038,80
45.	Chirurgicale	Obstetrică	2181	946,63
46.	Chirurgicale	Obstetrică-ginecologie	2191	812,51
47.	Chirurgicale	Oftalmologie	2201	680,09
48.	Chirurgicale	Oftalmologie copii	2202	738,08
49.	Chirurgicale	Ortopedie și traumatologie	2211	1.288,26
50.	Chirurgicale	Ortopedie pediatrică	2212	958,86
51.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL)	2221	1.156,22
52.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL) copii	2222	1.231,83
53.	Chirurgicale	Urologie	2301	1.047,77
54.	Stomatologie	Chirurgie maxilo-facială	6013	1.014,38

*) conform [Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001](#) privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2014 trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții:

- nu poate fi mai mare decât tariful mediu pe caz maximal pe 2014
- nu poate fi mai mare decât tariful contractat în anul 2013 + 15%

NOTA 2: Pentru spitalele/secțiile care nu au fost în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2013, tariful mediu pe caz maximal pentru 2014 este diminuat cu 20%. Diminuarea tarifului mediu pe caz maximal pentru 2014 menționată anterior nu se aplică în cazul spitalelor reînființate dintre cele care au făcut obiectul [Hotărârii de Guvern nr. 212/2011](#) pentru aprobarea Programului de interes național "Dezvoltarea rețelei naționale de cămine pentru persoanele vârstnice, cu modificările și completările ulterioare".

Anexa 23 D

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) domiciliat/ă în localitatea, str., nr., bl., sc., et., ap., județul, telefon, actul de identitate seria, nr., CNP/cod unic de asigurare cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii,

declar pe propria răspundere că mă încadrez în una din categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute mai jos:

- () copii 0 - 18 ani (conform [art. 213¹ lit. a\) din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății - se completează de părinți/apartinători legali)
- () tineri între 18 ani și 26 de ani - dacă sunt elevi, absolvenți de liceu - până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți - care nu realizează venituri din muncă (conform [art. 213¹ lit. a\) din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății)
- () bolnavi cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății - pentru serviciile medicale aferente bolii de bază respectivei afecțiuni care nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte surse (conform [art. 213¹ lit. b\) din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății)
- () pensionari cu venituri numai din pensii de până la 740 lei/lună (conform [art. 213¹ lit. c\) din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății)
- () femei însărcinate și lăuze - cu venituri peste salariul de bază minim brut pe țară - pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii (conform [art. 213¹ lit. d\) din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății - pentru toate serviciile medicale)
- () femei însărcinate și lăuze - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară - pentru toate serviciile (conform [art. 213¹ lit. d\) din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății)
- dovedită prin documentul/documentele,
Data Semnătura

Anexa 24

- model -

UNITATEA SANITARĂ Tel.:

DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament

URGENTĂ: DA/NU

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ țintă/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare

3. Greutate Kg

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU | Programare examen RMN

Alte case | Data:

..... | Ora:

5. Internat DA/NU - |

Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)/NU

6. S-au epuizat celelalte metode | *) Se va aplica semnătura și parafa

de diagnostic: | medicului de specialitate radiologie

..... și imagistică medicală

..... | Precizări:

DA/NU |

7. Dg. trimitere | Observații speciale legate de pacient:

..... | 1. Asistat cardiorespirator DA/NU

..... | 2. Cooperare previzibilă Normală/

8. Date clinice și paraclinice | Dificilă

care să justifice explorarea | 3. Antecedente alergice DA/NU

RMN: | 4. Astm bronșic DA/NU

..... | 5. Crize epileptice DA/NU

..... | 6. Suspiciune de sarcină DA/NU

..... | 7. Claustrofobie

..... | 8. Clipuri chirurgicale, materiale

..... metalice de sutură

..... | 9. Valve cardiace, ventriculare

..... | 10. Proteze auditive

..... | 11. Dispozitive intrauterine

9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU | 12. Proteze articulare, materiale de

..... osteosinteză

Dacă DA Data Unde | 13. Materiale stomatologice

Trimis de (spital, clinică) | 14. Alte proteze

..... | 15. Meserii legate de prelucrarea

Medic solicitant..... Data: | metalelor (schije, obiecte metalice)

Semnătura și parafa medicului | 16. Corpi străini intraocular

solicitant | 17. Schije, gloanțe, obiecte metalice

..... |

..... | Semnătura pacientului

.....

Aviz șef secție solicitantă cu

asumarea responsabilității**):

(semnătura și parafa)

**) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

În caz de urgență, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2 - 3 ore, iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore.

PREZENȚA UNUI PACEMAKER ESTE O CONTRAINDICĂȚIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!!
--

B. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

UNITATEA SANITARĂ Tel.:

DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament
.....

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ țintă/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare

3. Greutate Kg | Programare examen CT

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU |

Alte case | Data:

..... | Ora:

5. Internat DA/NU - |

Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)/NU

..... | *) Se va aplica semnătura și parafa

..... | medicului de specialitate radiologie

..... | și imagistică medicală

6. S-au epuizat celelalte metode |

de diagnostic: DA/NU | Precizări:

7. Dg. trimitere |

..... |

8. Date clinice și paraclinice care | Diagnostic CT stabilit

să justifice explorarea CT: |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

9. Examen CT anterior: DA/NU |

10. Toleranță la substanța iodată: |

DA/NU |

Trimis de (spital, clinică) |

Medic solicitant Data: |

Semnătura și parafa medicului

solicitant

Aviz șef secție solicitantă cu

asumarea responsabilității*):

(semnătura și parafa)

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

Pentru URGENȚE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

C. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:

DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament
.....

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat

Organ/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare

3. Greutate Kg | Programare examen scintigrafic

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU |

Alte case | Data:

..... | Ora:

5. Internat DA/NU - |

Secția nr. FO |

6. S-au epuizat celelalte metode de |

diagnostic: DA/NU	Precizări*):
7. Dg. trimitere	
8. Date clinice și paraclinice care să justifice explorarea	Diagnostic scintigrafic stabilit
.....	
.....	
.....	
.....	
9. Examen scintigrafic anterior: DA/NU	*) Sarcina reprezintă contraindicație de efectuare a examenului scintigrafic
10. Stări alergice*): DA/NU	Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică)	(acolo unde este necesară confirmarea)
Medic solicitant Data:	
Semnătura și parafa medicului solicitant	
Aviz șef secție solicitantă cu asumarea responsabilității*):	
(semnătura și parafa)	

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

D. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament

URGENTĂ: DA/NU

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

Tip de examen angiografic indicat	
Organ/segment anatomic de examinat	
1. Pacient: Nume Prenume telefon	
2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare	
3. Greutate Kg	Programare examen angiografic
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU	
Alte case	Data:
	Ora:
5. Internat DA/NU -	
Secția nr. FO	
6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: DA/NU	Precizări*):
7. Dg. trimitere	
.....	
.....	Observații speciale legate de pacient:
8. Date clinice și paraclinice care să justifice explorarea	1) Pacient diabetic DA/NU
.....	- în tratament cu sulfamide
.....	hipoglicemiante DA/NU
.....	(dacă DA se oprește tratamentul cu 48
.....	de ore înaintea investigației)
.....	2) Hepatita DA/NU
.....	Diagnostic angiografic stabilit
.....	
.....	
.....	
.....	
9. Examen angiografic anterior: DA/NU	
10. Puls: - arteră femorală dreaptă	*) - Pacientul se va prezenta
.....	obligatoriu cu următoarele teste
- arteră femorală stângă	efectuate: activitatea protrombinică
.....	și timpul de protrombină determinate
	în ziua efectuării investigației,
	creatinină, uree, ECG, tensiune
	arterială, antigen HbS, test HIV
	- Administrarea anticoagulantelor
	cumarinice trebuie oprită cu 72 de
10. Stări alergice*): DA/NU	ore înaintea investigației; medicația
- la substanța de contrast	antihipertensivă și antiaritmică NU
- alte alergii	se oprește;

Trimis de (spital, clinică)	Semnătura pacientului (acolo unde este necesară confirmarea)
Medic solicitant Data:	
Semnătura și parafa medicului solicitant	
Aviz șef secție solicitantă cu asumarea responsabilității*): (semnătura și parafa)	

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

Semnătura și parafa medicului care a efectuat investigația

Anexa 25

DURATA DE SPITALIZARE PE SECȚII/COMPARTIMENTE VALABILĂ PENTRU TOATE CATEGORIILE DE SPITALE

Cod Secție	Denumire secție	Durata de spitalizare pentru anul 2014
1011	Boli infecțioase	7
1012	Boli infecțioase copii	6
1023	HIV/SIDA	7
1033	Boli parazitare	5
1051	Cardiologie	7
1052	Cardiologie copii	6
1061	Cronici	12
1061_PAL	Îngrijiri paliative	14
1071	Dermatovenerologie	7
1072	Dermatovenerologie copii	7
1081	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	6,5
1082	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii	5
1101	Endocrinologie	5
1102	Endocrinologie copii	5
1111	Gastroenterologie	6
1121	Geriatric și gerontologie	12
1131	Hematologie clinică	6
1132	Hematologie copii	6
1151	Imunologie clinică și alergologie	6
1152	Imunologie clinică și alergologie copii	6
1171	Medicină internă	8
1191	Nefrologie	7
1192	Nefrologie copii	6
1202	Neonatologie (nn și prematuri)	5

1212	Neonatologie (nou născuți)	5
1222	Neonatologie (prematuri)	15
1222.1	Neonatologie (prematuri)_Maternitate GrII	16
1222.2	Neonatologie (prematuri)_Maternitate GrIII	20
1231	Neurologie	8
1232	Neurologie pediatrică	7
1241	Oncologie medicală	5
1242	Oncopediatrie	7
1252	Pediatrie	6
1262	Pediatrie (pediatrie și recuperare pediatrică)	5
1272	Pediatrie (recuperare pediatrică)	28
1282	Pediatrie cronici	13
1291	Pneumologie	10
1292	Pneumologie copii	11
1301	Pneumoftiziologie	37
1302	Pneumoftiziologie pediatrică	32
1311	Psihiatrie acuți	14
1312	Psihiatrie pediatrică	8
1321	Psihiatrie (Nevroze)	16
1333	Psihiatrie cronici	44
1333.1	Psihiatrie cronici (lungă durată)	114
1333.2	Psihiatrie cronici	44
1343	Psihiatrie (acuți și cronici)	14
1353	Toxicomanie	13
1363	Radioterapie	12
1371	Recuperare, medicină fizică și balneologie	12
1372	Recuperare, medicină fizică și balneologie copii	20
1383	Recuperare medicală - cardiovasculară	12
1393	Recuperare medicală neurologie	14
1393_REC	Recuperare medicală	14
1403	Recuperare medicală - ortopedie și traumatologie	11
1413	Recuperare medicală - respiratorie	11
1423	Recuperare neuro-psiho-motorie	16
1433	Reumatologie	9
1453	Terapie intensivă coronarieni - UTIC	6
1463	Toxicologie	4
1473	Secții sanatoriale altele decât balneare	46

1473_B	Secții sanatoriale balneare	21
1473_P	Preventorii	57
2013	Arși	13
2033	Chirurgie cardiovasculară	9
2043	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari	9
2051	Chirurgie generală	7
2063	Chirurgie laparoscopică	6
2073	Chirurgie artroscopică	5
2083	Chirurgie oncologică	8
2092	Chirurgie și ortopedie pediatrică	5
2102	Chirurgie pediatrică	6
2113	Chirurgie plastică și reparatorie	6
2123	Chirurgie toracică	10
2133	Chirurgie vasculară	9
2141	Ginecologie	4
2151	Gineco-oncologie	5
2173	Neurochirurgie	7
2181	Obstetrică	4
2191	Obstetrică-ginecologie	4
2201	Oftalmologie	4
2202	Oftalmologie copii	6
2211	Ortopedie și traumatologie	6
2212	Ortopedie pediatrică	6
2221	Otorinolaringologie (ORL)	6
2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	4
2233	Otorinolaringologie (ORL) - implant cohlear	3
2263	TBC osteoarticular	29
2301	Urologie	7
2302	Urologie pediatrică	7
6013	Chirurgie maxilo-facială	5

Durata de spitalizare pe secții se calculează ca medie a duratelor de spitalizare individuale ale fiecărui caz externat de pe secția respectivă și validat, rotunjită la număr întreg

Durata individuală a cazului se calculează ca diferența matematică între data externării și data internării

NOTĂ:

1. Pentru secția recuperare neurologie adulți "Întorsura Buzăului" din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", județul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru secțiile recuperare neuromotorie "Gura Ocniței" din structura Spitalului Județean de Urgență Târgoviște, județul Dâmbovița, și Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie "Dezna", județul Arad, durata optimă de spitalizare este de 17 zile.

2. Pentru secțiile recuperare cardiovasculară adulți din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", județul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 16 zile. Pentru secția de recuperare, medicină fizică și balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, durata optimă de spitalizare este de 21 de zile.

3. Pentru secțiile de geriatrie și gerontologie din structura Institutului Național de Gerontologie și Geriatrie "Ana Aslan" durata optimă de spitalizare este de 14 zile.

Anexa 25 A

I. Contul de execuție a bugetului instituției publice - Cheltuieli la data de

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - anuale

B - trimestriale

C - bugetare

D - legale

E - totale

F - pe luna anterioară

- mii lei -

Denumirea indicatorului	Clasificația bugetară	Credite bugetare		Angajamente		Plăți efectuate, din care:	
		A	B	C	D	E	F
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01						
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10						
Cheltuieli salariale în bani	10,01						
Salarii de bază	10,01,01						
Salarii de merit	10,01,02						
Indemnizații de conducere	10,01,03						
Spor de vechime	10,01,04						
Alte sporuri	10,01,06						
Ore suplimentare	10,01,07						
Fond de premii	10,01,08						
Prima de vacanță	10,01,09						
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10,01,12						
Indemnizații de delegare	10,01,13						
Indemnizații de detașare	10,01,14						
Alocații pentru locuințe	10,01,16						
Alte drepturi salariale în bani	10,01,30						
Contribuții	10,03						
Contribuții de asigurări sociale de stat	10,03,01						
Contribuții de asigurări de șomaj	10,03,02						
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10,03,03						

Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10,03,04								
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10,03,06								
Contribuții la Fondul de garantare a creanțelor salariale	10,03,07								
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII total,	20								
Bunuri și servicii	20,01								
Furnituri de birou	20,01,01								
Materiale pentru curățenie	20,01,02								
Încălzit, iluminat și forță motrică	20,01,03								
Apă, canal și salubritate	20,01,04								
Carburanți și lubrifianți	20,01,05								
Piese de schimb	20,01,06								
Transport	20,01,07								
Poștă, telecomunicații, radio, TV, internet	20,01,08								
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20,01,09								
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20,01,30								
Reparații curente	20,02								
Medicamente și materiale sanitare	20,04								
Hrană	20,03								
Hrană pentru oameni	20,03,01								
Hrană pentru animale	20,03,02								
Medicamente	20,04,01								
Materiale sanitare	20,04,02								
Reactivi	20,04,03								
Dezinfectanți	20,04,04								
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20,05								
Alte obiecte de inventar	20,05,30								
Deplasări, detașări, transferări	20,06								
Deplasări interne, detașări, transferări	20,06,01								
Deplasări în străinătate	20,06,02								

Materiale de laborator	20,09						
Cărți, publicații și materiale documentare	20,11						
Consultanță și expertiză	20,12						
Pregătire profesională	20,13						
Protecția muncii	20,14						
Comisioane și alte costuri aferele imprumuturilor externe	20,24						
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20,25						
Alte cheltuieli	20,3						
Protocol și reprezentare	20,30,02						
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20,30,30						
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRU UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE total,	51						
din care:							
Acțiuni de sănătate	51,01,03						
Programe pentru sănătate	51,01,25						
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51,01,38						
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51,01,08						
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51,02,11						
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51,02,12						

II. Date cu caracter general

1. Număr cazuri externate, realizate în luna anterioară pentru spitalizare continuă	
2. Număr servicii medicale spitalicești realizate în regim de spitalizare de zi, pe tipuri de cazuri rezolvate/servicii, în luna anterioară	
3. Număr servicii medicale paraclinice în regim	

ambulatoriu, realizate în		
luna anterioară		
4. Tarif/caz rezolvat		
pentru spitalele finanțate		
în sistem DRG		
5. Tarif mediu pe caz		
rezolvat contractat*)		
6. Tarif pe zi de		
spitalizare contractat*)		
7. Tarif pe serviciu		
medical/tarif pe caz		
rezolvat în regim de		
spitalizare de zi		
contractat*)		

NOTĂ:

*) Tarifele menționate la pct. 5, 6, 7 sunt valabile pe durata de derulare a contractului de furnizare servicii medicale spitalicești

Anexa 26

- model -

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale spitalicești

I. Părțile contractante

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

Și

Unitatea sanitară cu paturi, cu sediul în, str. nr., telefon: fix/mobil, fax, e-mail, reprezentată prin,

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#)

III. Servicii medicale spitalicești

Articolul 2

(1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

Beneficiază de internare fără bilet de internare.

- nașterea,
- urgențele medico-chirurgicale
- bolile cu potențial endemo-epidemic, care necesită izolare și tratament,
- internările bolnavilor aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și [art. 125 din Legea nr. 286/2009](#) privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie și tratamentul persoanelor private de

libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor spital;

- cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordată de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- transferul intraspitalicesc în situația în care se schimbă tipul de îngrijire și transferul interspitalicesc.
- spitalizare de zi dacă se acordă servicii de: chimioterapie, radioterapie și administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
- situațiile în care pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, precum și serviciile medicale spitalicești pentru pacienții din statele 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, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.
- monitorizarea bolnavilor cu HIV/SIDA
- administrarea tratamentului pentru profilaxia rabiei, monitorizarea bolnavilor cu talasemie

(2) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:

- a)** consultații;
- b)** investigații;
- c)** stabilirea diagnosticului;
- d)** tratamente medicale și/sau chirurgicale;
- e)** îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

IV. Durata contractului

Articolul 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2014.

Articolul 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 400/2014](#).

V. Obligațiile părților

Articolul 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a)** să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b)** să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită 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 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;
- c)** să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.
- d)** să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 10 alin. \(1\) din textul de H.G. nr. 400/2014](#) 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 înmâneze la data 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 o zi lucrătoare de la

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

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

i) 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 contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; 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 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

j) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență acesta;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicești; în cazul serviciilor medicale spitalicești acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externe și raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

m) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum și respectarea protocoalelor de practică medicală;

n) să monitorizeze internările de urgență, în funcție de tipul de internare, așa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, cu evidențierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgențe din cadrul spitalului;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă și prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

p) să verifice respectarea de către furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi.

Articolul 6

Furnizorul de servicii medicale spitalicești are următoarele obligații:

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

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

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor [H.G. nr. 400/2014](#) și ale Ordinului ministrului sănătății și al

președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

f) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

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

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

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, 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;

m) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;

n) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

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

p) 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;

q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în [H.G. nr. 400/2014](#) și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

r) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în [H.G. nr. 400/2014](#) și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#); până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, urmare a interogării aplicației instalată pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării.

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

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

t) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

- t)** să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;
- u)** să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;
- v)** să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile medicale spitalicești de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora a cărei quantum este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);
- w)** să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare/reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu și prescripția medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, 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 furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;
- x)** să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;
- y)** 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.
- z)** să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;
- aa) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;
- ab) 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.
- ac) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;
- ad) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;
- ae) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgențe, cu evidențierea numărului cazurilor internate, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);
- af) să raporteze corect și complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare și să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și al Ministerului Sănătății; spitalul care nu are pagină web proprie informează despre acest lucru casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, care va posta pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum;
- ag) să monitorizeze gradul de satisfacție al asiguraților prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraților conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa 48 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);
- ah) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală elaborate și aprobate conform prevederilor legale;

ai) să afișeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătății, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al ministrului finanțelor publice, situația privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public și situația arieratelor înregistrate;

aj) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

ak) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienților din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depășită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienți pe baza unui contract încheiat cu unități specializate, autorizate și evaluate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;

al) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați care reprezintă urgențe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgență prespitalicească.

am) 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;

an) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#) privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ap) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. ao), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

aq) să afișeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

ar) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi în vederea internării sau în ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

as) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi.

aș) să elibereze pentru asigurații internați cu boli cronice confirmate care sunt în tratament pentru boala/bolile cronice cu medicamente, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, cu medicamente și materialele sanitare din programele naționale de sănătate și cu medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în anexa 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#); documentul stă la baza eliberării prescripției medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie și medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital.

VI. Modalități de plată

Articolul 7

(1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - DRG pentru afecțiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a1) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#): lei

b) Suma pentru spitalele de cronici, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății, după caz - din alte spitale, care se stabilește astfel:

Secția/ Compartimentul	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare*) sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată	Tarif pe zi de spitalizare/ secție/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
TOTAL				

*) Durata de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H. G. nr. 400/2014](#).

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și [art. 125 din Legea nr. 286/2009](#) privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2013.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă este de și se stabilește astfel:

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2014 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

d) Suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#) precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății de Ministerul Sănătății, după caz - din spitalele de cronici, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a.2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#):
..... lei

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabilește astfel:

Numărul de servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale cazurilor contractate
C1	C2	C3 = C1 x C2
TOTAL	X	

*) Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014.

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezintă distinct numărul cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerul Sănătății, pentru cazurile neinternate, precum și numărul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2014 este de lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2014 se defalcchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acută, spitalizare de zi, spitalizare continuă 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 spitalicești contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată inițial 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. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014 și în condițiile prevăzute la același 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 asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise 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/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de

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

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/transmise în vederea decontării, urmând ca diferența 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 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 de la data de 1 iunie

2014, cu excepția spitalizării de zi pentru care se iau în calcul serviciile medicale/cazurile rezolvate realizate și raportate de la data de 1 iulie 2014, până la data de 30 noiembrie, conform facturilor însoțite 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 unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la Capitolul II litera F punctul 3 din Anexa 1 la [H.G. nr. 400/2014](#) și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 25% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(9) Contractarea și decontarea serviciilor medicale spitalicești se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Articolul 8

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. a) - ae), ag) - al), aq) - aș) atrage aplicarea unor sancțiuni 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 lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(2) Nerespectarea obligației de către unitățile sanitare cu paturi prevăzută la art. 6 alin. (1) lit. af) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, a 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 7% la valoarea de contract aferentă lunii respective suplimentar față de procentul prevăzut la lit. a).

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. ap), se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond, aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(4) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (3), nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

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

(6) Recuperarea sumei potrivit alin. (1) - (3) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) 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) și (2).

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

Articolul 9

Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale

Articolul 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

Articolul 11

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

Articolul 12

Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

Articolul 13

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

(2) Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile 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.

Articolul 14

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

Articolul 15

În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea acesteia și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare, se preia de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea și suspendarea contractului

Articolul 16

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

(2) În situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

Articolul 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești 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 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 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.

(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 și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip 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 noul contract se modifică, 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 de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

Articolul 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

Articolul 19

Correspondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității sanitare cu paturi declarat în contract.

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 schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

Articolul 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.

Articolul 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 contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile art. 7 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014.

Articolul 22

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 23

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă 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 spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Președinte - Director general,	Manager,
.....	
Director executiv al	
Direcției economice,	Director medical,

.....
 Director executiv al
 Direcției Relații Contractuale

 Vizat
 Juridic, Contencios

 Director financiar-contabil,

 Director de îngrijiri,

 Director de cercetare-dezvoltare,

Pentru serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, se încheie contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi. Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Anexa 27

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din [Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, a centrului de permanență sau prin sistemul de consultații de urgență la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgență sau a celor integrate.

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1 Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege.

2.2 Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.

2.3 Bolnavii cu fracturi ale membrilor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major și stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputații recente ale membrilor inferioare, bolnavii cu stări cașectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrilor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian și revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienți cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienți oxigenodependenți, malformații arterio venoase - rupte neoperate, malformații vasculare cerebrale - anevrisme, malformații arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ.

2.4 Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

2.5. Transportul persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din [Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, a centrului de permanență sau prin sistemul de consultații de urgență la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgență sau a celor integrate.

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1 Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege.

2.2 Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.

2.3 Transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au domiciliul persoanele dializate și unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate din județul de domiciliu;

2.4 Bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major și stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări cașectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian și revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienți cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienți oxigenodependenți, malformații vasculare cerebrale - anevrisme, malformații arterio venoase - rupte neoperate, malformații arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ.

2.5 Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

2.6 Transportul la spital pentru internare pe baza biletului de internare în unitățile sanitare de reabilitare medicală și recuperare cu avizul prealabil al unității confirmat la internare pe fisa de transport, a copiilor nedepasabili cu vârsta între 0-18 ani cu tetrapareză sau insuficiență motorie a trenului inferior.

2.7 Transportul dus - întors la cabinetul de specialitate din specialitățile clinice și de la cabinet la domiciliu, pentru asigurații imobilizați la pat, pentru consultație în vederea evaluării, monitorizării și prescrierii tratamentului în cazul afecțiunilor cronice pentru care medicația poate fi prescrisă numai de medicul de specialitate din ambulatoriu de specialitate.

C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederației Elvețiene, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului beneficiază de serviciile medicale prevăzute la lit. B. pct. 1 și pct. 2, subpunctele 2.1 și 2.2 din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază de serviciile medicale prevăzute la lit. B. din prezenta anexă.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. B. punctul 1 și punctul 2 subpunctele 2.1 și 2.2 sau lit. B. din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

D. TARIFUL MAXIMAL DECONTAT UNITĂȚILOR SPECIALIZATE PRIVATE DE CASELE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

(1) Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate pentru consultații de urgență la domiciliu este de 197 lei.

(2) Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs în mediul rural/urban este:

- pentru autoturisme de transport și intervenție în scop medical pentru consultații de urgență la domiciliu de 1,42 lei
- pentru transportul sanitar neasistat cu ambulanțe tip A1 și A2 de 2,18 lei
- pentru transportul sanitar neasistat cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat de 1,11 lei.

(3) Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este de 92 lei.

(4) Tarifele de la alin. (2) și (3) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

MODALITATEA DE PLATĂ

a consultațiilor de urgență la domiciliu
și activităților de transport sanitar neasistat

Articolul 1

(1) Consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale, cuprinse în anexa 27 la ordin, se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale.

(2) Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare pentru consultația de urgență la domiciliu, tarifului pe kilometru efectiv parcurs pentru mediul urban/rural și tarifului pe milă marină parcursă pentru unitățile specializate private, sunt prevăzute în anexa nr. 28 A la ordin.

Articolul 2

Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar neasistat, va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și se stabilește astfel:

1. pentru solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport) și a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanență și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 alin. (1). Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează consultațiile de urgență la domiciliu cu unitățile specializate private.

Tariful pe solicitare pentru consultații de urgență la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri efectiv parcurși pentru mediul urban/rural, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. La estimarea numărului de kilometri parcurși se iau în calcul și kilometrii estimați a fi parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu. Tariful pe kilometru parcurs negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 alin. (2), astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare. Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus;

3. pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 alin. (3). La estimarea numărului de mile marine se iau în calcul și milele marine estimate a fi parcurse aferente consultațiilor de urgență la domiciliu. Tariful pe milă marină minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private.

Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus.

Diferența de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condițiile prevăzute la art. 5 alin. (2) lit. b) și/sau pentru contractarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat conform condițiilor inițiale de contractare.

Articolul 3

Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale medicul care acordă consultații de urgență la domiciliu poate elibera certificate constatatoare de deces în condițiile prevăzute de lege, cu excepția situațiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

Articolul 4

Suma contractată anual de către unitățile specializate autorizate și evaluate private cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre și pe luni.

Articolul 5

(1) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se face lunar. Pentru unitățile specializate private, trimestrial, se face regularizare pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

(2) Decontarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar neasistat efectuate de unitățile specializate autorizate și evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși pentru mediul urban/rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, și tariful minim negociat, precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful minim negociat pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situația în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurși pentru mediul urban/rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurși pentru mediul urban/rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultații de urgență la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată cu încadrarea în suma aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultații de urgență la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate și la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate autorizate și evaluate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu prevăzute la lit. A pct. 1 și la lit. B pct. 1 din anexa 27 la ordin și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera A, pct. 2 și la litera B pct. 2 din anexa 27 la ordin, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

Articolul 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 consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuți în vedere la contractare, 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.

(2) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând serviciile realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Articolul 7

Mijloacele specifice de intervenție destinate consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat

a) ambulanțe tip A1, A2 - ambulanțe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienți (A2);

b) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

c) autoturisme de transport și intervenție în scop medical, pentru medicii care acordă consultații de urgență la domiciliu;

d) mijloace de intervenție/transport pe apă - ambarcațiuni pentru intervenții primare sau secundare/transporturi sanitare.

Articolul 8

(1) Tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate pentru consultații de urgență la domiciliu este de 197 lei pentru unități specializate private.

(2) Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs, în mediul rural/urban pentru autoturisme de transport și intervenție în scop medical pentru consultații de urgență la domiciliu este de 1,42 lei, pentru transportul sanitar neasistat cu ambulanțe tip A1 și A2 tariful pe km este de 2,18 lei iar cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat tariful pe km este de 1,11 lei.

(3) Tariful maximal decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este de 92 lei.

(4) Tarifele de la alin. (2) și (3) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

Articolul 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 cadrul unităților specializate private pentru a analiza aspecte privind calitatea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităților specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Anexa 28 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare pentru consultația de urgență la domiciliu, tarifului pe kilometru efectiv parcurs pentru mediul urban/rural și tarifului pe milă marină parcursă, pentru unitățile specializate private

1. Statul de personal.

2. Fișa de fundamentare a tarifului pentru anul 2014 pe elemente de cheltuieli

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificație bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizații de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanță	10.01.09	
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10.01.12	
Indemnizații de delegare	10.01.13	
Indemnizații de detașare	10.01.14	
Alocații pentru locuințe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuții	10.03	
Contribuții de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuții de asigurări de șomaj	10.03.02	
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	

Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10.03.04	
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10.03.06	
Contribuții la fondul de garantare a creanțelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri și servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curățenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat și forță motrică	20.01.03	
Apă, canal și salubritate	20.01.04	
Carburanți și lubrifianți	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poșta, telecomunicații, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20.01.09	
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20.01.30	
Reparații curente	20.02	
Medicamente și materiale sanitare	20.04	
Hrană	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanți	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detașări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detașări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărți, publicații și materiale documentare	20.11	
Consultanță și expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecția muncii	20.14	
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	

Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol și reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acțiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51.01.38	
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51.01.08	
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51.02.12	

NOTĂ: Rubricile din tabelul de mai sus se vor completa conform specificului activității proprii.

Anexa 29

- model -

CONTRACT

de furnizare de consultații de urgență la domiciliu
și activități de transport sanitar neasistat

I. Părțile contractante

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

Unitatea specializată privată reprezentată prin:, cu sediul în, str. nr., telefon fix/mobil, e-mail: fax,

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014.

III. Consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat furnizate

Articolul 2

Furnizorul de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii prevăzute în anexa 27 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014.

IV. Durata contractului

Articolul 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2014.

Articolul 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr.400 /2014

V. Obligațiile părților

Articolul 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a)** să încheie contracte numai cu unități specializate private, autorizate și evaluate și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b)** să deconteze unităților medicale specializate, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de lista certificată de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară și de documentele justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat 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 2014 a **H.G. nr. 400/2014**, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnat electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;
- c)** să informeze furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casa 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; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.
- d)** să informeze, în prealabil în termenul prevăzut la **art. 10 alin. (1) din textul de H.G. nr. 400/2014**, furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat 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 înmâneze la data 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 o zi lucrătoare de la data finalizării 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 deconteze furnizorului consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat acordate beneficiarilor;
- g)** să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere.
- h)** să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

Articolul 6

Furnizorul de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat are următoarele obligații:

- a)** să respecte criteriile de calitate a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b)** să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale beneficiarului de servicii medicale referitoare la actul medical;
- c)** să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d)** să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform **H.G. nr. 400/2014** și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a **H.G. nr. 400/2014**, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnat electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

- e)** să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnat electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;
- f)** să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;
- g)** să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;
- h)** să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- i)** să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită, prin dispeceratul unic 112, în limita mijloacelor disponibile;
- j)** să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- k)** să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;
- l)** să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
- m)** să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- n)** să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat 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;
- o)** să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;
- p)** să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetele de servicii medicale;
- q)** 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.
- r)** să asigure consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, utilizând mijlocul de intervenție și transport și echipamentul corespunzător situației respective, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- s)** să elibereze certificate constatatoare de deces, după caz, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a **H.G. nr. 400/2014**;
- s)** să introducă monitorizarea apelurilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.
- t)** să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

VI. Modalități de plată

Articolul 7

(1) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar neasistat va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și se stabilește astfel:

a) pentru consultații de urgență la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente mijlocului de transport - cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport - și a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanență și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (1) din anexa 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a **H.G. nr. 400/2014**.

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează consultațiile de urgență la domiciliu cu unitățile specializate private.

Tariful pe solicitare pentru consultații de urgență la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus;

b) pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri efectiv parcurși pentru mediul urban/rural, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. La estimarea numărului de kilometri parcurși se iau în calcul și kilometrii estimați a fi parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu. Tariful pe kilometru parcurs negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 alin. (2) din anexa 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus;

c) pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 alin. (3) din anexa 28 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014. La estimarea numărului de mile marine se iau în calcul și milele marine estimate a fi parcurse aferente consultațiilor de urgență la domiciliu.

Tariful pe milă marină minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unitățile specializate private. Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate cu această destinație, în aceleași condiții ca mai sus.

Diferența de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condițiile prevăzute la alin. (2) lit.

b) și/sau pentru contractarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat conform condițiilor inițiale de contractare.

(2) Decontarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a activităților de transport neasistat efectuate de unitățile specializate autorizate și evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși pentru mediul urban/rural respectiv mile marine efectiv parcurse și tariful minim negociat, precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful minim negociat pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situația în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurși pentru mediul urban /rural respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora - numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurși pentru mediul urban /rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultații de urgență la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată - cu încadrarea în suma aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultații de urgență la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate și la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate autorizate și evaluate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu prevăzute la lit. A pct. 1 și la lit. B pct.1 din anexa 27 la ordin și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera A, pct. 2 i la litera B pct. 2 din anexa 27 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru

aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

Articolul 8

(1) Suma contractată aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat pentru anul 2014 este de lei.

(2) Suma contractată aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se defalcchează pe trimestre și pe luni.

Articolul 9

(1) Lunar, la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuți în vedere la contractare în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare ce se depun/transmit 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 și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Decontarea serviciilor aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse/transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate și nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările și decontările, ținându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați.

(4) Plata consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr., deschis la Banca, la data de

Articolul 10

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților medicale specializate private prevăzute la art. 6 atrage aplicarea unor sancțiuni 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 lunară;

c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(2) la prima constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se reține o sumă calculată prin aplicarea unui procent de 10% la valoarea de contract lunară.

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

(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plata directă sau prin 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.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Articolul 11

Consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 12

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

Articolul 13

Reprezentantul legal al furnizorului de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauze speciale

Articolul 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 forță 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.

Articolul 15

Efectuarea de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, suspendarea și rezilierea contractului

Articolul 16

(1) Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat 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 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, 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 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.

d) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea termenului de valabilitate a autorizației de funcționare sau suspendarea acesteia, respectiv încetarea dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea autorizației de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

Articolul 17

(1) Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat se reziliază printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

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

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

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 10 alin. (1).

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip 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 noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (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 de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/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 secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) și (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

Articolul 18

Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) și la art. 16 alin. (1) lit. a) subpunctele 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. 16 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 și lit. c) 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

Articolul 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 - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității specializate private declarat în contract.

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

Articolul 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.

Articolul 21

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

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

Articolul 22

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

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

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 23

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă 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 consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat 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
Președinte - Director general,	Reprezentant legal
.....	
Director executiv al	
Direcției economice,	
.....	
Director executiv al	
Direcției relații contractuale	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	

Anexa 30

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ȘI ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

A. PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ȘI ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Nr. crt.	Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijire paliativă la domiciliu
1.	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respirație, puls, TA, diureză și scaun *****)
	*****) Recomandarea serviciului se face de către medici pentru toți parametrii prevăzuți, respectiv: temperatură, respirație, puls, TA, diureză și scaun
2.	Administrarea medicamentelor:
	2.1 intramuscular*)
	2.2 subcutanat*)
	2.3.intradermic*)
	2.4 oral
	2.5 pe mucoase
	*) în afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.
3.	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*) *****)
	*) în afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.
	*****) Se efectuează sub supravegherea medicului care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
4.	Sondaj vezical și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă

	vezicală ***)	
	***) la bărbați se efectuează de către medicul care își desfășoară	
	activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la	
	domiciliu/îngrijiri medicale paliative	
	5. Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă sub supravegherea	
	(medicului*) ***)	
	*) în afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.	
	***) Se efectuează sub supravegherea medicului care își desfășoară	
	activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la	
	domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	
	6. Recoltarea produselor biologice	
	7. Alimentația enterală pe gastrostomă/sondă gastrică și educarea	
	asiguratului/apartinătorilor	
	8. Alimentarea pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru	
	bolnavii cu tulburări de deglutiție	
	9. Clismă cu scop evacuator	
	10. Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor	
	11. Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale	
	membrilor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații	
	medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor	
	12. Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: posturi de	
	drenaj bronșic, tapotaj, fizioterapie respiratorie	
	13. Îngrijirea plăgilor/determinate de arsuri/ simple/suprimarea firelor	
	14. Îngrijirea plăgilor suprainfectate	
	15. Îngrijirea escarelor multiple	
	16. Îngrijirea stomelor	
	17. Îngrijirea fistulelor	
	18. Îngrijirea tubului de dren/sondei urinare	
	19. Îngrijirea canulei traheale și instruirea asiguratului	
	20. Monitorizarea dializei peritoneale	
	21. Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar	
	22. Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbția urinei**)	
	**) Este inclus și mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minim 2	
	mijloace ajutătoare pentru absorbția urinei/zi.	
	23. Evaluarea asiguratului: stabilirea și aplicarea unui plan de îngrijiri în	
	controlul durerii și altor simptome asociate bolii și reevaluarea	
	periodică	
	24. Evaluarea mobilității, a capacității de auto-îngrijire, a riscului de	
	apariție al escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor	
	nutriționale, implementarea intervențiilor stabilite în planul de	
	îngrijiri și reevaluarea periodică - de către asistentul medical	
	25. Masaj limfedem și contenție elastică	
	26. Masaj limfedem cu pompa de compresie	
	27. Montare TENS	
	28. Supravegherea și îngrijirea administrării prin dispozitiv a analgeziei	
	controlate de pacient	
	29. Administrare medicație prin nebulizare	

30.	Aspirație gastrică
31.	Aspirație căi respiratorii
32.	Paracenteză
33.	Ventilație noninvasivă ****)
	****) Se efectuează sub supravegherea medicului pneumolog sau medicului cu specialitatea anestezie și terapie intensivă care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
34	Alimentație parenterală - alimentație artificială pe cateter venos central sau periferic****)
	****) Se efectuează sub supravegherea medicului cu specialitatea anestezie și terapie intensivă care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
	Serviciul nu include medicația specifică.

NOTA 1: Serviciile de la punctele 1 - 34 se acordă de furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu.

NOTA 2: Serviciile de la punctele 1 - 22, 33 și 34 se acordă de furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu.

NOTA 3: Serviciile de la punctele 23 și 25 - 32 se acordă de către medicii de specialitate cu atestat îngrijiri paliative.

NOTA 4: Serviciile de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se acordă în condițiile stabilite prin anexa nr. 31 la ordin. Numărul total de zile de îngrijire care se acordă unui asigurat este de maxim 90 de zile.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu prevăzut la lit. A. din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, prevăzut la lit. A. din prezenta anexă, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale.

Anexa 31

CONDIȚIILE

acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

și îngrijiri paliative la domiciliu și

modalitățile de plată ale acestora

Articolul 1

(1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alții decât medicii de familie, 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, ținând seama de starea de sănătate a asiguratului și de statusul de performanță 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 și de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medici aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa 31 C la ordin, ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status.

Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, cu excepția unității sanitare cu paturi care are organizată și aprobată /avizată de Ministerul Sănătății structură de îngrijiri medicale la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externe din spitalizare continuă, nu poate efectua servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în baza

recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanți legali, medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, asociați, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, soț/soție sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu. Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și nici recomandările medicale care nu cuprind o periodicitate /ritmicitate a serviciilor recomandate, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia asiguratului și statusul de performanță ECOG al acestuia.

Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medicii de familie, recomandă îngrijiri medicale la domiciliu numai ca o consecință a consultației medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. În funcție de statusul de performanță ECOG, bolnavul poate fi:

- a)** 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 3;
 - b)** complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare) - statusul de performanță 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 consultații și fișa de observație a pacientului, în ambulatoriu, asupra necesității efectuării îngrijirilor medicale.

Articolul 2

- (1)** Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa 30 la ordin.
- (2)** Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu cu tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu. Tariful maximal pe o zi de îngrijire la domiciliu este de 55 lei, pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4 și tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraților cu status de performanță ECOG 3 este de 50 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 înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30 la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În caz contrar, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii recomandate/număr minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG.

Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu stabilit conform celor de mai sus este prevăzut în decizia casei de asigurări de sănătate conform anexei 31 A la ordin.

- (3)** Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

- (4)** Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/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 situația în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale, furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu. Pentru a beneficia din nou de îngrijiri medicale la domiciliu asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3).

Articolul 3

Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri stabilit în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminică și în timpul sărbătorilor legale.

Articolul 4

(1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alții decât medicii de familie, 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 funcționării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înțelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative și asistenți medicali absolvenți ai unui curs de îngrijiri paliative.

Pentru asigurarea calității serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezența unui medic cu atestat în îngrijiri paliative și a unui asistent medical, cu un program de lucru care să asigure o normă întreagă pe zi atât pentru medic cât și pentru asistentul medical. Pe lângă personalul de specialitate, la nivelul furnizorului poate funcționa și alt personal: psihologi, kinetoterapeuți, logopezi, îngrijitori.

(3) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, asiguraților eligibili. Sunt considerați eligibili, pacienții cu afecțiuni oncologice și cei cu HIV/SIDA, cu speranță limitată de viață și cu status de performanță ECOG 3 sau 4.

(4) Statusul de performanță 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 specialități oncologie și boli infecțioase, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 31 D la ordin, ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu cu excepția unității sanitare cu paturi care are organizată și aprobată/avizată de Ministerul Sănătății structură de îngrijiri paliative la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externe din spitalizare continuă, nu poate efectua servicii de îngrijiri paliative la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medici care au calitatea de reprezentanți legali, medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, asociați, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, soț/soție sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu.

Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu întocmește după prima vizită planul de îngrijire pe care îl comunică în maximum 3 zile lucrătoare la casa de asigurări de sănătate. În situația în care planul de îngrijire se modifică în funcție de necesitățile pacientului, variațiile planului de îngrijire sunt transmise casei de asigurări de sănătate odată cu raportarea lunară.

Articolul 5

(1) Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în anexa 30 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful maximal pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu este de 65 lei pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4 și tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordată asiguraților cu status de performanță ECOG 3 este de 60 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 înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu, conform recomandării pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 5 servicii din lista prevăzută în anexa 30 la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii recomandate/număr minim de servicii (5) x tariful/zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG

Tariful pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu stabilit conform celor de mai sus este prevăzut în decizia casei de asigurări de sănătate conform anexei 31 A la ordin și rămâne nemodificat în situația în care numărul serviciilor de îngrijiri paliative stabilite de medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, în cadrul planului de îngrijire prevăzut în anexa 31 B la ordin este mai mare față de cel prevăzut în recomandare, conform anexei 31 D la ordin.

(3) În situația în care numărul serviciilor de îngrijiri paliative stabilite de medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul planului de îngrijire conform anexei 31 B la ordin și efectuate de furnizor, este mai mic față de numărul serviciilor recomandate, tariful prevăzut în decizie se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor cuprinse în cadrul planului de îngrijire, conform formulei:

Număr servicii cuprinse în cadrul planului de îngrijire/număr de servicii conform recomandării x tariful/zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG și prevăzut în decizie.

(4) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilește de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viață. În situația în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

Articolul 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 și asistentul medical care funcționează la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

Planul de îngrijire se stabilește pe baza evaluării inițiale a pacientului și este revizuit în funcție de necesitățile pacientului sau cel puțin o dată la 30 de zile. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în anexa 31 B la ordin. Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu ajustează pachetul de servicii în funcție de necesitățile 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 situația în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale, furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative, asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor paliative în limita numărului de zile prevăzut la art. 5 alin.

(3), cu excepția situației în care întreruperea îngrijirilor paliative a survenit ca urmare a internării asiguratului, situație în care se suspendă episodul de îngrijiri paliative fără a fi necesară reluarea procedurii de aprobare de către casa de asigurări de sănătate.

Articolul 7

(1) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu se eliberează în 3 exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, care se atașează la foaia de observație/fișa medicală, după caz. Un exemplar, împreună cu cererea de acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu /îngrijiri paliative la domiciliu, se depune de către asigurat, de către unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), de o persoană împuternicită legal în acest sens sau de reprezentantul legal al asiguratului la casa de asigurări de sănătate la care se află în evidență asiguratul. Împuternicitul legal nu poate fi asociat/administrator /reprezentant legal/angajat într-o formă legală al unui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu. 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 lucrătoare de la data emiterii recomandării.

(2) Pentru obținerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul, însoțită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP/cod unic de asigurare, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și declarația pe propria răspundere din care să rezulte că afecțiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează recomandarea medicală cu specificarea domiciliului copilului și certificatul de naștere (în copie) cu codul numeric personal - CNP/codul unic de asigurare.

Documentele depuse în copie sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), a persoanei împuternicite de acesta sau a reprezentantului legal al asiguratului.

(3) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea și recomandarea primită, în maximum două zile lucrătoare de la data depunerii, și este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii, iar cererea este aprobată în limita sumei prevăzute pentru această destinație. La analiza cererilor și recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare statusul de performanță ECOG al asiguratului, concordanța dintre

diagnostic, status ECOG și periodicitatea/ritmicitatea serviciilor recomandate și numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de care a beneficiat asiguratul în anul respectiv, astfel încât să nu depășească numărul de zile prevăzut la art. 2 alin. (3), respectiv art. 5 alin. (3).

Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal. În cazul acceptării, cererea este supusă aprobării și, respectiv, emiterii deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, în limita sumei prevăzute cu această destinație. Decizia se expediază prin poștă sau se predă direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), persoanei împuternicite legal în acest sens sau reprezentantului legal al asiguratului, în maximum 24 de ore de la data emiterii acesteia.

(4) Asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens sau reprezentantul legal al asiguratului, pe baza deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emise de casa de asigurări de sănătate, se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate și care este inclus în lista de furnizori, înscrisă pe versoul deciziei.

(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.

Articolul 8

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fișă de îngrijire care conține datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative acordate, data și ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), a persoanei împuternicite legal de acesta sau a reprezentantului legal al asiguratului, care confirmă efectuarea acestor servicii, semnătura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum și evoluția stării de sănătate.

Articolul 9

(1) În baza fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmește factura lunară și desfășurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aprobate.

(2) Furnizorul depune la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală factura lunară însoțită de desfășurătorul 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 funcție de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat și validat, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat și de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) În situația în care asigurații nu au beneficiat în ultimele 11 luni de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și pentru care se emit decizii începând cu data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului și perioadelor de îngrijire cumulate, conform reglementărilor art. 2 alin. (2) și 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 situația în care, la data intrării în vigoare a prezentelor norme, asigurații 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 și perioadelor de îngrijire cumulate, conform prevederilor de la art. 2 alin. (2) și art. 5 alin. (2).

Articolul 10

(1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și asigurarea accesului asiguraților la aceste servicii, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea acordării serviciilor emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați.

(2) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate, de tipul și stadiul afecțiunii pentru care a fost efectuată recomandarea și de nivelul de dependență al bolnavului, 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 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 31 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.

Articolul 11

În situația în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

Articolul 12

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Articolul 13

Medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, care prescriu substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, respectă prevederile legale în vigoare privind condițiile de prescriere a medicamentelor.

Medicii au obligația să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pentru raportarea lunară a activității realizate. În situația în care nu a fost îndeplinită obligația de mai sus, toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line se introduc obligatoriu, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

Anexa 31 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. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015
- prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [Hotărârii de Guvern nr. 400 /2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015

Văzând cererea nr. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate în data de depusă de beneficiar (asigurat), nume și prenume sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, adresă completă, telefon *)..... beneficiar domiciliat în CNP/cod unic de asigurare, 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 situația în care cererea nu este depusă de beneficiar (asigurat) acest câmp se completează obligatoriu și se înscrie calitatea:

- părinte
- soț/soție
- fiu/fiică
- reprezentant legal
- împuternicit legal - care nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator și angajat al unui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea președintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. /data

DECIDE

Articolul 1

Se aprobă pentru numitul cu diagnosticul de, 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 la domiciliu de lei, sumă.....lei;
pentru zile, cu tariful pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu de lei, sumă.....lei.

Articolul 2

Tariful/ pe o zi de îngrijire prevăzut la art. 1 este suportat de către Casa de Asigurări de Sănătate.

Articolul 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.

Articolul 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.

Preşedinte - 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 31 B

- Model -

PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu C.U.I.

Nr. Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

Numele si prenumele asiguratului

CNP/cod unic de asigurare al asiguratului

Diagnostic medical

Diagnostic boli asociate

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data efectuării serviciilor

B - Nume prenume evaluator

C - Semnătura evaluator

Font 9

[illegible]

de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015;

*2) periodicitate/ritmicitate serviciilor recomandate se stabilește pentru fiecare tip de serviciu în parte, în concordanță cu diagnosticul, cu patologia pacientului și statusul de performanță ECOG al acestuia.

NOTĂ:

1. Termenul de valabilitate al recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării.

2. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, soț/soție sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu

3. Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și nici recomandările medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia asiguratului și statusul de performanță ECOG al acestuia.

Anexa 31 D

- model -

RECOMANDARE

pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Nr. / (***)

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) C.U.I.

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

1. Numele și prenumele asiguratului

2. Domiciliul

3. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare

4. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:

.....

(Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a bolilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)

5. statusul de performanță ECOG*)

6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(din anexa 30 la ordin*1))

a)

b)

c)

d)

.....

.....

.....

.....

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri paliative la domiciliu**).

8. Codul medicului

.....

*) 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.

**) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație

*1) Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [HG nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015

Stampila secției din care se	Stampila furnizorului de servicii
externează asiguratul și	medicale din ambulatoriul de
semnătura șefului de secție	specialitate
Data	Data

Semnătura și parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat	Semnătura și parafa medicului din ambulatoriul de specialitate
---	--

NOTĂ:

1. Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării.
2. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri paliative la domiciliu nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, soț/soție sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu.
3. Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

Anexa 32

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri
paliative la domiciliu

I. Părțile contractante

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

și

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu:

reprezentat prin:

Persoana fizică/juridică având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, fax, adresă e-mail

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, conform [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

III. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate

Articolul 2

Furnizorul prestează servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților, cuprinse în anexa 30 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

Articolul 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

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2014.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 400/2014](#).

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu autorizați și evaluați, pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită 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 de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate, pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condițiile de contractare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 10 alin. \(1\) din textul de H.G. nr. 400/2014](#) furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condițiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu 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 data 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 o zi lucrătoare de la data finalizării 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 de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, 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;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

B. Obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

Articolul 7

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu are următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor [H.G. nr. 400/2014](#) și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

f) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu /îngrijiri paliative la domiciliu;

g) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 44 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de

Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

i) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților fără nicio discriminare;

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

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

m) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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;

n) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

o) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu prevăzute în pachetul de servicii de bază;

p) 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.

q) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în recomandare;

r) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, conform recomandărilor medicilor, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, ca o consecință a actului medical propriu, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#). Modelul formularului de recomandare este stabilit în anexa 31 C /31 D la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#). Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini în condițiile prevăzute în anexa 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#). Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/de îngrijiri paliative la domiciliu cu excepția unității sanitare cu paturi care are organizată și aprobată/avizată de Ministerul Sănătății structură de îngrijiri medicale la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externe din spitalizare continuă, nu poate efectua servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanți legali, medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, asociați, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative, soț/soție sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu.

Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/furnizorul de îngrijiri paliative. Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale pentru îngrijiri medicale la domiciliu care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia asiguratului și statusul de performanță ECOG al acestuia. În cazul nerespectării acestei prevederi contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază;

s) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată, pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;

s) să comunice direct, în scris, atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu și îngrijirile paliative la domiciliu, cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia;

t) să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

t) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, în situația în care acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea, și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin anexa 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a **H.G. nr. 400/2014**;

u) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri, în conformitate cu recomandările stabilite zilnic, inclusiv sâmbăta, duminică și în timpul sărbătorilor legale, în condițiile stabilite prin anexa 31 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate...../2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a **H.G. nr. 400/2014**;

v) 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.

w) medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, pot prescrie substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile stabilite prin anexa 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a **H.G. nr. 400/2014**. Medicii au obligația să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pentru raportarea lunară a activității realizate. În situația în care nu a fost îndeplinită obligația de mai sus, toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line se introduc obligatoriu, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

VI. Modalități de plată

Articolul 8

(1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înțelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative acordate asiguraților pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabilește prin înmulțirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu.

Tariful maximal pe o zi de îngrijire la domiciliu este de 55 lei, pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4 și tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraților cu status de performanță ECOG 3 este de 50 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 înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30 la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În caz contrar, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

$$\text{Nr. servicii recomandate} / \text{nr. minim de servicii (4)} \times \text{tariful pe zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG.}$$

Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu stabilit conform celor de mai sus este prevăzut în decizia casei de asigurări de sănătate conform anexei 31 A la ordin.

Tariful nu este element de negociere între părți.

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 mai multe etape - episoade de îngrijire. Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(3) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabilește prin înmulțirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire paliativă la domiciliu.

Tariful maximal pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu este de 65 lei pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4 și tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordată asiguraților cu status de performanță ECOG 3 este de 60 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 înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu, conform recomandării pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 5 servicii din lista prevăzută în anexa 30 la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii recomandate / număr minim de servicii (5) x tariful/zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG.

Tariful pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu stabilit conform celor de mai sus este prevăzut în decizia casei de asigurări de sănătate conform anexei 31 A la ordin și rămâne nemodificat în situația în care numărul serviciilor de îngrijiri paliative stabilite de medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, în cadrul planului de îngrijire prevăzut în anexa 31 B la ordin este mai mare față de cel prevăzut în recomandare, conform anexei 31 D la ordin.

(3) În situația în care numărul serviciilor de îngrijiri paliative stabilite de medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul planului de îngrijire conform anexei 31 B la ordin și efectuate de furnizor, este mai mic față de numărul serviciilor recomandate, tariful prevăzut în decizie se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor cuprinse în cadrul planului de îngrijire, conform formulei:

Număr servicii cuprinse în cadrul planului de îngrijire / număr de servicii conform recomandării x tariful/zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG și prevăzut în decizie.

Tariful nu este element de negociere între părți.

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 viață. În situația în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

(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 situația în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

(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 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

În situația în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

(6) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcție de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat și validat, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat și de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(7) În situația în care asigurații nu au beneficiat în ultimele 11 luni de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și pentru care se emit decizii începând cu data intrării în vigoare a Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), tarifele sunt cele corespunzătoare tipului și perioadelor de îngrijire cumulate, conform reglementărilor art. 2 alin. (2) și art. 5 alin. (2) din anexa 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

(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 situația în care, la data intrării în vigoare a Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), asigurații 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) și art. 5 alin. (2) din anexa 31 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de

Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/, ținându-se cont de numărul de zile aferent episoadelor anterioare de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu.

(10) În situația în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

Articolul 9

(1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun/transmit 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 și 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

Articolul 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

Articolul 11

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

Articolul 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 legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

Articolul 13

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

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

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

X. Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului

Articolul 14

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază deplin 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 din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

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

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

d) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoțite de copiile fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu și de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de

sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

- f)** la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
- g)** odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 15 alin. (1) și (2), pentru fiecare situație
- h)** în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. q), r), s) și u);

Articolul 15

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - o), ș), t), v) se aplică următoarele sancțiuni:

- a)** la prima constatare, avertisment scris;
 - b)** la a doua constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.
- (2)** În cazul în care în derularea contractului se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale 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 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.
- (3)** Reținerea sumei potrivit alin. (1) și alin (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
- (4)** Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) și alin (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
- (5)** Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și alin (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

Articolul 16

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situații:

- a)** de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:
 - a1) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu 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 de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;
 - 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 furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea 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. 17 lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.
- (2)** În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip 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 noul contract se reziliază/se modifică, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte de același tip 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.

Articolul 17

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 situații:

- a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 118 alin. (1) lit. a) - c) din anexa 2 la H.G. nr. 400/2014 și nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. p), 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;
- 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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;
- d) nerespectarea de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu a obligației de plată a contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, constatată de către casele de asigurări de sănătate 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.

Articolul 18

Situațiile prevăzute la art. 14 și la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2) și a3) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 16 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.

XII. Corespondența

Articolul 19

Correspondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu declarat în contract.

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 modificările survenite.

XIII. Modificarea contractului

Articolul 20

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile calendaristice înaintea datei la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

Articolul 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.

Articolul 22

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

XIV. Soluționarea litigiilor

Articolul 23

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă 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.

XV. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemple a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE

LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE

LA DOMICILIU

Președinte - director general,

Reprezentant legal,

Director executiv al Direcției economice,
.....
Director executiv al Direcției relații
contractuale,
.....
Vizat
Juridic, Contencios
.....

Anexa 33

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENȚĂ DE REABILITARE MEDICALĂ ÎN SANATORII BALNEARE ȘI RECUPERARE MEDICALĂ ÎN ALTE SANATORII ȘI PREVENTORII A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ CUPRINDE:

1. Serviciile de reabilitare medicală și recuperare sunt servicii acordate în regim de spitalizare în sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți conform [Legii nr. 31/1990](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare

1.1. Servicii medicale de reabilitare medicală acordate în sanatorii balneare

Tipul de asistență balneară	Durata maximă*)
Servicii de reabilitare medicală	14 - 21 zile /an/ asigurat acordate într-un singur episod care cuprinde minim 4 proceduri/zi

*) Serviciile medicale acordate peste durata de spitalizare mai mare de 21 de zile, se suportă în întregime de către asigurați. Serviciile medicale se acordă și pentru durate mai mici de 14 de zile.

1.1.1. Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de reabilitare medicală în sanatorii balneare, eliberate de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Criteriile de eliberare a biletelor de trimitere pentru tratament de reabilitare medicală au în vedere patologia specifică și afecțiunile asociate ale asiguratului cu specificul de tratament balnear.

1.1.2. Serviciile se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate de reabilitare medicală, cu încadrarea în prevederile mai sus menționate.

1.2. Servicii medicale de recuperare acordate în sanatorii altele decât balneare și preventorii

1.2.1. Serviciile medicale de recuperare acordate în alte sanatorii decât cele balneare și în preventorii sunt servicii acordate în regim de spitalizare, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate care își desfășoară activitatea în aceste unități.

1.2.2. Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare eliberate de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIEI ELVEȚIENE, BENEFICIARI AI FORMULARELOR /DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/ Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii reabilitare medicală și de recuperare acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene.

2. Pentru pacienții din statele 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, se acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală de reabilitare medicală și recuperare,
în sanatorii și preventorii

Articolul 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) numărul de paturi contractabile în conformitate cu planul de paturi la nivel județean, stabilit prin ordin al ministrului sănătății; indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național luat în calcul la stabilirea capacității maxime este de 250 de zile pentru sanatorii balneare/secții sanatoriale balneare din spitale și 320 de zile pentru sanatorii/ secții sanatoriale din spitale altele decât cele balneare și preventorii;

d) număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel național;

e) durata de spitalizare conform anexei nr. 25 la Ordin sau după caz, durata de spitalizare efectiv realizată; pentru situațiile la care este prevăzută durată de spitalizare în anexa 25 la ordin se va lua în calcul această durată, dacă durata de spitalizare efectiv realizată este mai mare decât aceasta, respectiv durata de spitalizare efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata de spitalizare din anexa 25 la ordin.

f) tariful pe zi de spitalizare negociat;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2013.

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 reabilitare medicală și recuperare, 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 tariful 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/secții sanatoriale balneare din spitale 129
2. Sanatorii/secții sanatoriale din spitale altele decât cele balneare 110
3. Preventorii 62

NOTĂ:

Tariful contractat nu poate fi mai mare decât tariful contractat pentru anul 2013 + 15%.

Pentru furnizorii/secțiile/compartimentele care nu au fost în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2013, tariful maximal se diminuează cu 20%.

Pentru sanatoriile balneare/secțiile sanatoriale balneare din spitale, suma contractată și decontată de casele de asigurări de sănătate este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților.

(3) Contribuția personală a asiguraților pentru asistență balneară în sanatorii balneare/secții sanatoriale balneare din spitale reprezintă 35% din tariful/zi de spitalizare negociat.

(4) Pentru beneficiarii legilor speciale partea de contribuție personală a asiguratului se suportă din fond, cu următoarele excepții:

- 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, partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unități sanitare de stat.
- 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, partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare.

- pentru beneficiarii [Legii nr. 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 Afacerilor Interne și Ministerului Apărării Naționale.

(5) Pentru serviciile medicale de recuperare medicală, acordate în sanatorii, altele decât cele balneare și în preventorii nu se percepe contribuție din partea asiguraților.

Articolul 2

(1) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală și recuperare medicală, 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/secțiilor sanatoriale balneare din spitale, cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

(2) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală și recuperare, 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 reabilitare medicală și recuperare în unități sanitare cu paturi.

Articolul 3

Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiționat și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilită prin acte normative. Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, și cele corespunzătoare confortului standard.

Articolul 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 sau accentuat, în condițiile prevederilor legale în vigoare.

Articolul 5

(1) Sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile sunt obligate să suporte pentru asigurații internați cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile contractului-cadru și prezentelor norme, sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a sanatoriilor, inclusiv cele balneare și a preventoriilor și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

Articolul 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 realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând 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/secțiilor sanatoriale balneare din spitale, 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 / secțiilor sanatoriale balneare din spitale 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 data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Articolul 7

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).

Articolul 8

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de reabilitare medicală și recuperare medicală, pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența de reabilitare medicală și de recuperare medicală, 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 reabilitare medicală și recuperare, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Articolul 9

Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală și recuperare medicală, (sanatorii, preventorii) vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare conform prevederilor din anexa 22 A la ordin.

Anexa 35

- model -

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistență medicală de reabilitare medicală și recuperare, în 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 societăților 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

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de reabilitare medicală și recuperare, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#)

III. Serviciile medicale de reabilitare medicală și recuperare, acordate în sanatorii și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

Articolul 2

Serviciile medicale de reabilitare medicală și recuperare, în sanatorii și preventorii se acordă în baza biletelor de trimitere eliberate de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

IV. Durata contractului

Articolul 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2014.

Articolul 4

Durationa prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 400/2014](#).

V. Obligațiile părților

Articolul 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a)** să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b)** să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită 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./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnat electronic extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;
- c)** să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate.
- d)** să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 10 alin. \(1\) din textul de H.G. nr. 400/2014](#) 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 înmâneze la data 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 o zi lucrătoare de la data finalizării 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 sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca

asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

i) 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 contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în anexa 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

j) să țină evidența serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență acesta;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale în cazul serviciilor medicale acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

Articolul 6

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

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

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor [H.G. nr. 400/2014](#) și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

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

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

h) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare 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 electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, 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;

l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

m) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor 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 [H.G. nr. 400/2014](#) și în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);

p) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

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

r) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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;

s) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

ș) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

t) să încaseze sumele reprezentând contribuția personală pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

ț) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare/reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu și prescripția medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, 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 furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

u) să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

v) 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;

w) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

x) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, 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 din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar, transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării 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, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

y) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

z) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

aa) 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;

ab) 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;

ac) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#) privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

ad) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ae) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit.

ad), toate prescripțiile medicale prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

VI. Modalități de plată

Articolul 7

(1) Suma pentru sanatorii balneare/secții sanatoriale balneare din spitale 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.

Valoarea contractată în sumă de lei este suma negociată diminuată cu contribuția personală a asiguraților, conform tabelului de mai jos:

Font 9

Tipul de asistență	Nr. de	Tariful	Suma	Suma	Valoarea
balneară	zile de	pe zi de	negociată	suportată	contractată
	spitalizare	spitalizare		de asigurat	
	contractate	negociat			
1	2	3	4 = 2 x 3	5 = 2 x 3 x 35%	6 = 4 - 5
Servicii de					
reabilitare					
medicală					

(2) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii/secțiile sanatoriale din spitale, altele decât cele balneare, și preventorii este delei și se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat și tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu negociat de lei/zi de spitalizare.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale contractate stabilită pentru anul 2014 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) Pentru sanatoriile balneare/secții sanatoriale balneare din spitale suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

Articolul 8

(1) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală și recuperare, contractate se face conform prevederilor art. 6 din anexa 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

(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/transmise 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/transmise 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 data de 30 noiembrie a anului în curs, 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 reabilitare medicală și recuperare, se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Articolul 9

Plata serviciilor medicale de reabilitare medicală și recuperare, se face în contul nr. deschis la Trezoreria statului sau în contul nr., deschis la Banca

Articolul 10

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la art. 6 lit. a) - u) și w) - ac) atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 1% la valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 9% la valoarea de contract lunară.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. ae) se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(3) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (2), nerespectarea obligațiilor de la art. 6 lit. ae) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(4) Reținerea sumelor potrivit 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. În situația în care suma prevăzută la alin. (2) depășește prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

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

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

VII. Calitatea serviciilor medicale

Articolul 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

Articolul 12

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

Articolul 13

Reprezentantul legal al unității sanitare 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

Articolul 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 forță 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.

Articolul 15

Efectuarea de servicii medicale 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

Articolul 16

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate, la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative.

(2) În situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

Articolul 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale 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 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 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 și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, 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 noul contract se modifică, 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.

Articolul 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

Articolul 19

Correspondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului declarat în contract.

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

Articolul 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.

Articolul 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 acordată în sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți potrivit prevederilor [Legii societăților nr. 31/1990](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

Articolul 22

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

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

Articolul 23

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă 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 Relații	
contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, contencios	

MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ȘI DECONTARE

a medicamentelor cu și fără contribuție personală în
tratamentul ambulatoriu

Articolul 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.

Pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală care se acordă în tratamentul ambulatoriu se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și în cazuri justificate, prescripția medicală electronică off-line.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescrierea preparatelor stupefiante și psihotrope se realizează conform reglementărilor [Legii nr. 339/2005](#) privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare. Prescripția medicală cu regim special este utilizată pentru preparatele stupefiante și psihotrope și își păstrează regimul de prescripție medicală cu regim special.

Pentru prescripțiile medicale electronice off-line, 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) Prescripția medicală electronică on-line și off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

Prescripția medicală electronică on-line și off-line are două componente obligatorii: componenta care se completează de către medicul prescriptor și o componentă care se completează de farmacist, denumite în continuare componentă prescriere, respectiv componentă eliberare. Prescripția medicală electronică on - line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă are și o componentă facultativă utilizată numai pentru eliberarea fracționată atât în ceea ce privește numărul medicamentelor cât și cantitatea din fiecare medicament denumită în continuare componenta eliberare pentru pacient.

Seria și numărul prescripției medicale electronice on-line și off-line sunt unice, sunt generate automat prin sistemul de prescriere electronică de la nivelul caselor de asigurări de sănătate și sunt atribuite fiecărui furnizor de servicii medicale, respectiv fiecărui medic care are încheiată convenție pentru prescriere de medicamente.

Casele de asigurări de sănătate vor atribui furnizorilor de servicii medicale, respectiv medicilor care au încheiate convenții pentru prescriere de medicamente un număr de prescripții medicale electronice on-line și off-line, la solicitarea acestora și organizează evidența prescripțiilor medicale electronice online și off-line atribuite.

(3) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, acesta listează un exemplar al prescripției medicale (componentă prescriere) care poartă confirmarea semnăturii electronice extinsă și îl înmânează asiguratului pentru depunerea la farmacie și poate lista un alt exemplar al prescripției electronice (componenta prescriere) care rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie.

Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripției electronice on-line (componenta eliberare) - ce conține confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se depune la casa de asigurări de sănătate împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), factura și borderoul centralizator în vederea decontării. Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat inclusiv de către asigurat/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia. În cazul eliberării medicamentelor prescrise, de mai multe farmacii atât în ceea ce privește numărul medicamentelor cât și cantitatea din fiecare medicament care poate fi fracționată lunar, prescripția medicală (componenta prescriere) se depune la casa de asigurări de sănătate numai de prima farmacie care a eliberat medicamente.

(4) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică extinsă, acesta listează obligatoriu două exemplare pe suport hârtie (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a se depune de către acesta la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie prescripția medicală electronică (componenta eliberare), cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) o atașează la factura și borderoul centralizator care se depun la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării. Farmacia își poate păstra pentru evidența proprie o copie după prescripția medicală electronică (componenta prescriere).

(5) În cazul prescrierii electronice off-line, medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripției medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie și două exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare cu confirmarea semnăturii

electronice a farmacistului, care se semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o atașează, alături de un exemplar al prescripției (componenta prescriere) depuse de asigurat, la factura și borderoul centralizator care se înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea decontării.

(6) 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 studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris. Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studentești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile.

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie.

Medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 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 7 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 asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

(7) Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară 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 41 la ordin.

Prin medici/medici dentiști din cabinetele școlare și studentești se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.

(8) Prescripțiile medicale aferente medicamentelor în regim de compensare 100% din prețul de referință 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;

b) pentru bolile cronice aferente unor grupe de boli conform prevederilor legale în vigoare;

c) pentru persoanele prevăzute în legile speciale, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(9) Pentru a beneficia de medicamente conform [art. 144 alin. \(3\) din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, 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.

În situația în care la nivelul cabinetului medical nu există declarație dată pe propria răspundere de către pensionar anexată la fișa medicală (câte una pentru fiecare prescripție eliberată de medic sau aceeași declarație actualizată prin semnătura pensionarului și dată - cu ocazia celorlalte prescripții medicale eliberate de medic) precum și înscrșuri privind numărul talonului și cuantumul pensiei (talon de pensie în original sau copie sau nu sunt consemnate în fișa pacientului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei) pentru prescripție eliberată de medic, răspunderea revine medicului prescriptor;

În situația în care la nivelul cabinetului medical există declarație dată pe propria răspundere de către pensionar anexată la fișa medicală (câte una pentru fiecare prescripție eliberată de medic sau aceeași declarație actualizată prin semnătura pensionarului și dată - cu ocazia celorlalte prescripții medicale eliberate de medic) precum și înscrise privind numărul talonului și cuantumul pensiei (talon de pensie în original sau copie sau sunt consemnate în fișa pacientului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei) pentru prescripția eliberată de medic, dar se dovedește că declarația dată pe propria răspundere dată de către pensionar nu este conformă realității, răspunderea nu revine medicului prescriptor ci asiguratului (pensionarului).

Articolul 2

(1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 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 90/91/92 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 de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

(3) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale.

Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

(4) Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului - în urma unui episod de spitalizare continuă/spitalizare de zi, cuprinde medicația pentru maximum 30/31 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1).

(5) Prescripția medicală pentru afecțiunile 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. Prescripția medicală electronică on - line pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile pentru care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, și care se eliberează de mai multe farmacii atât în ceea ce privește numărul cât și cantitatea din fiecare medicament, este valabilă maximum 120 zile de la data emiterii acesteia în funcție de numărul de zile pentru care s-a făcut prescrierea.

Articolul 3

Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în Anexa 2 la [Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#). Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre și litere.

Articolul 4

(1) Prescripția medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informațiile solicitate în formularul de prescripție medicală electronică aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/în prescripția cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice/prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

Articolul 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.

Medicii de familie 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 cu respectarea restricțiilor de prescriere prevăzute în protocoalele terapeutice. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de

ieșire din spital nu exista mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital, cu respectarea restricțiilor de prescriere prevăzute în protocoalele terapeutice.

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 sunt obligați să 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, dacă se impune eliberarea unei prescripții medicale.

(3) În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acută/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie/medicul din ambulatoriul de specialitate poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice și a restricțiilor de prescriere din protocoalele terapeutice;

(4) Medicii care își desfășoară activitatea la furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, pot prescrie substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare privind condițiile de prescriere a medicamentelor.

(5) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale (DCI), iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice, prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumire comercială, cu excepția produselor biologice, justificarea medicală va avea în vedere reacții adverse raportate prin sistemul național de farmacovigilență, ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiași DCI sau particularizarea schemei terapeutice pentru DCI - Combinații.

Articolul 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.

Articolul 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 - componenta eliberare, pe care se menționează numele, prenumele, seria și numărul actului de identitate, codul numeric personal (CNP)/codul unic de asigurare/numărul cardului european/numărul pașaportului corespunzătoare acestuia și data eliberării medicamentelor.

(2) Pentru prescripția medicală electronică on-line și off-line în care medicul prescriptor are sau nu are semnătură electronică extinsă, în situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/ medicamente cuprinse în prescripție, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripție numai cu medicamentele eliberate și va lista un exemplar al acestuia pe care primitorul semnează, cu precizarea poziției/pozițiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care renunță, și care se depune de farmacie la casa de asigurări de sănătate. În această situație medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio altă farmacie.

Pentru prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie și la care asiguratul nu renunță, și care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamente va lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate și care va fi înmănat asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia pentru a se prezenta la altă farmacie, precum și un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) - care se depune la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării.

Pentru prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, emisă pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, la cererea asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia, cantitatea de medicamente prescrise se poate elibera fracționat de către una sau mai multe farmacii. Prima eliberare se va face în maxim 30 de zile de la data emiterii componentei prescriere. Fiecare eliberare fracționată se va face cu respectarea cantității lunare din

fiecare medicament determinată în funcție de cantitatea înscrisă de medic în componența prescriere. Farmacia /farmaciile care au eliberat medicamente fracționat vor lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate și care va fi înmănat asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia pentru a se prezenta ulterior, în termenul de valabilitate a prescripției la aceeași sau la o altă farmacie, precum și un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) - care se depune la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării. Farmacia care eliberează ultima fracțiune din medicamentele prescrise nu va mai lista componenta eliberare pentru pacient.

Pentru prescripția medicală electronică off-line sau on-line în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică, prescripția se poate elibera numai de către o singură farmacie.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile 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/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul acelui DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție - componenta eliberare. În toate situațiile farmacia eliberează medicamentele corespunzătoare formei farmaceutice și concentrației prescrise de medic.

(3) Înscrierea prețurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist pentru medicamentele eliberate pe componenta eliberare a 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 acelui 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. Solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens.

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.

Articolul 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.

Articolul 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.

Articolul 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 ale 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. 144 alin. \(3\) din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#), 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, codul numeric personal al asiguratului sau codul unic de asigurare, numărul cardului european și țara, pentru titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, respectiv numărul pașaportului, țara și tipul de formular, pentru beneficiarii formularelor/documentelor europene, respectiv numărul pașaportului, țara și tipul

de document care a deschis dreptul la medicamente, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum și prescripțiile eliberate pentru titularii de card european și beneficiarii formularelor/documentelor europene (distinct pentru fiecare tip de formular/document european), respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății. 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. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la [Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#), 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, precum și pentru sumele decontate pentru prescripțiile eliberate pentru titularii de card european și beneficiarii formularelor europene (distinct pentru fiecare tip de formular european), respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

(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 distinctă 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.

Articolul 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 în vigoare și a normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(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.

Articolul 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.

Articolul 13

Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților efectuate.

Articolul 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 asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu cu sau fără contribuție personală.

b) ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea/modificarea listei de medicamente - denumiri comerciale; lista se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în termen de 15 zile de la actualizarea CANAMED și intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată.

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 medicamentele din sublistele A, B, C - Secțiunile C1 și C3; Deținătorul de aprobare de punere pe piață a medicamentului prin reprezentantul său legal declară pe propria răspundere că asigură medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților și are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

d) Pentru situațiile prevăzute la lit. a) - c) se au în vedere prevederile [art. 144 alin. \(5\) - \(8\) din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014](#).

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele la prețurile de referință stabilite 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. (5).

Articolul 15

Prescrierea, eliberarea și decontarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților se fac în limita fondului aprobat cu această destinație.

Articolul 16

La nivelul caselor de asigurări de sănătate vor funcționa comisii pentru DCI-urile aferente fiecărei grupe de boală cronică prevăzută potrivit [Hotărârii Guvernului nr. 720/2008](#) pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, pentru care este necesară aprobarea comisiilor constituite la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

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.

Atribuțiile comisiei:

- asigură aplicarea criteriilor de includere/excludere în/din tratament în conformitate cu protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății;
- stabilește criterii de prioritizare a pacienților eligibili în vederea includerii lor în tratament și întocmește liste de așteptare, dacă este cazul;
- emite decizii de aprobare/respingere a inițierii sau continuării tratamentelor cu medicamente ce necesită aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, conform criteriilor de includere/excludere în/din tratament, a căror valabilitate începe la data de emitere a deciziei și se termină la sfârșitul intervalului înscris pe decizie. O copie a deciziei de aprobare emisă de către comisiile de la nivelul caselor de asigurări de sănătate 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.
- secretariatul comisiei ține evidența informatică a pacienților aflați în tratament precum și tratamentul aprobat cu indicarea datei la care au intrat în tratament, a datei ultimei aprobări și a perioadei pentru care au primit ultima aprobare.

Casa de asigurări de sănătate pune la dispoziția comisiei, trimestrial, un raport care conține numărul de pacienți aflați în tratament precum și costul mediu pe pacient.

Articolul 17

(1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2014 se efectuează în ordine cronologică până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (1) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. În situația în care, urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în centralizatoarele de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maxim 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(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 constatare să comunice furnizorului, în scris, motivele nevizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori, fără a se depăși termenul prevăzut la alin. (2).

Articolul 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 37

- model -

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:

Articolul 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:

Articolul 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, a reglementărilor [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și a reglementărilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400./2014](#).

Articolul 3

Furnizarea medicamentelor și materialelor sanitare se va desfășura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societății comerciale:

1. din, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist
2. din, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist
3. din, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

NOTĂ:

Se vor menționa și oficiile locale de distribuție cu informațiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2014.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 400 /2014](#).

V. Obligațiile părților:

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 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)** Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești este obligată să încheie contracte cu cel puțin o farmacie în localitățile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la medicamente;
- c)** să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora; casele de asigurări de sănătate decontează prescripții medicale care nu conțin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute și dacă se poate identifica medicul, asiguratul și 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;
- d)** să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală, la termenele prevăzute în Anexa nr. 2 la [H.G. nr. 400/2014](#), în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);
- e)** să urmărească lunar, în cadrul aceleiași 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 evoluția consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun;
- f)** să informeze furnizorii de medicamente în prealabil, într-un număr de zile similar celui prevăzut la [art. 10 alin. \(1\) din textul de H.G. nr. 400/2014](#), 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; să informeze furnizorii de medicamente cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate.
- g)** să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de medicamente sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării 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;

h) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relațiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi; să publice și să actualizeze în timp real, pe site-ul casei de asigurări de sănătate, numele și codul de parafă ale medicilor care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

i) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria 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 lunare aprobate și a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârșitul lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor;

l) să publice lunar, pe pagina web proprie, totalul plăților efectuate în luna anterioară către furnizorii de medicamente.

B. Obligațiile furnizorilor de medicamente

Articolul 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 - secțiunile C1 și C3;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, 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; solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens;

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; medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice/prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a **H.G. nr. 400/2014**, 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 platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, 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, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a **H.G. nr. 400/2014**, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu: factură, borderou centralizator, prescripții medicale cu înscrierea numărului de ordine al 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./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a **H.G. nr. 400/2014**; 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 în Sistemul unic integrat și cu datele raportate conform prevederilor 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./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#); 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 asigurații 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 deontologic al farmacistului, în relațiile cu asigurații;

l) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie; să participe la sistemul organizat pentru asigurarea 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./2014 pentru aprobarea [Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr./2014](#);

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 exemplarele prescripției medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale eliberate pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), 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 oficiile 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 contractul de furnizare de medicamente;

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 - secțiunile 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/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție - componenta eliberare;

t) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

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 lucrătoare 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 de farmaciile care din motive justificate, cu avizul casei de asigurări de sănătate, nu eliberează medicamente în sistem on-line, precum și situația substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope eliberate de farmacii, 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./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#), privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei, excepție făcând situațiile prevăzute la [art. 143 lit. c\) din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014](#);

x) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta este pus în funcțiune;

y) 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 - farmacie/office, 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;

z) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate 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.

aa) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și după caz de documentele justificative/documente însoțitoare, prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați.

ab) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală acordate pe teritoriul României și raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și după caz de documentele justificative/documente însoțitoare, prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați;

ac) să nu elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prin farmaciile/officele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract sau prin alte puncte de desfacere medicamente, farmacie/office locale de distribuție decât cele prevăzute în contract.

VI. Modalități de plată:

Articolul 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-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. 144 alin. (3) din Anexa nr. 2 la [H.G. nr. 400/2014](#), 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, codul numeric personal al asiguratului, numărul cardului european, pentru titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, respectiv țara, numărul pașaportului și tipul de formular, pentru beneficiarii formularelor/documentelor europene,

respectiv numărul pașaportului, țara și tipul de document care a deschis dreptul la medicamente, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum și prescripțiile eliberate pentru titularii de card european și beneficiarii formularelor/documentelor europene, respectiv pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

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 defalcchează 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.

Articolul 9

(1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun/transmit 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.

Articolul 10

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție, în mod nejustificat a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract, se aplică următoarele măsuri:

- a)** la prima constatare diminuarea cu 5% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- b)** la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- c)** la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a)-f), h), j)-x) și z)-ab), se aplică următoarele măsuri:

- a)** la prima constatare avertisment scris;
- b)** la a doua constatare, diminuarea cu 10 % a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- c)** la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

Pentru nerespectarea obligației prevăzute 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 cunoștință casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

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

(4) Recuperarea sumei potrivit 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, cu aceeași destinație.

Articolul 11

(1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2014 se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. În situația în care, urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în centralizatoarele de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maxim 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(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.

Articolul 12

Plata se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului.

VII. Răspunderea contractuală:

Articolul 13

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

Articolul 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:

Articolul 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 forță 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:

Articolul 16

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază deplin 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 măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1); 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) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății comerciale se aplică măsurile prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/aceeași officină locală de distribuție din structura sa, la prima 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 conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

h) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (2); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. b) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

i) în cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor și/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

j) la prima constatare în cazul nerespectării obligației prevăzută la art. 7 lit. ac).

(2) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. f), g), h) și j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. f), g), r), ț), v) și ac) - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 16 alin. (1) 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.

Articolul 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 dintre următoarele situații:

a1) furnizorul de medicamente se mută din 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), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Prevederile referitoare la condițiile de încetare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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.

(4) 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 și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(5) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică, în condițiile alin. (3) și (4), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (4) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(6) 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. (3), (4) și (5) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre acestea.

Articolul 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. 140 alin. (1) lit. a)-d) din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014 și nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. y), 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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de medicamente a termenelor de plată a contribuției la Fond de la data constatării acestui fapt de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate de către

acestea la furnizori până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi ori 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) Prevederile referitoare la condițiile de suspendare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuție, după caz.

Articolul 19

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.

Articolul 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:

Articolul 21

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul farmaciei declarat în contract.

(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:

Articolul 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.

Articolul 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.

Articolul 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:

Articolul 25

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă 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

FURNIZOR DE MEDICAMENTE

MATERIALE SANITARE

Președinte - director general,

Reprezentant legal,

.....

.....

Director executiv al Direcției economice,

.....

Director executiv al Direcției relații

contractuale,

 Vizat
 Juridic, Contencios

Anexa 38

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ PENTRU DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN AMBULATORIU

A. PACHET DE BAZĂ PENTRU DISPOZITIVELE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN AMBULATORIU

1. 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

1.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda 2 proteze auditive dacă medicii de specialitate recomandă protezare bilaterală.

1.2. 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 de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

2. Dispozitive pentru protezare stomii

Nr. crt.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	1 set*)/lună (30 bucăți)
		b) sac colector pentru urostomie	1 set*)/lună (15 bucăți)
2	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 de specialitate 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 de specialitate, componența setului de referință poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set de referință.

2.1. Se va prescrie doar unul din sisteme A sau B, pentru fiecare tip.

2.2. Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi /lună de sisteme stomice pentru urostomie.

2.3. Pentru asigurații cu colostomie/ileostomie dublă la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

3. 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	Bandă pentru incontinență urinară		

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate 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.

**) Se recomandă numai pentru retenție urinară, pentru vezică neurogenă și obstrucție canal uretral, la recomandarea medicului de specialitate neurologie, urologie, reabilitare medicală și oncologie.

4. 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) geriatrică	2 ani
		c) modulară	4 ani
4	Proteză pentru dezarticulația de genunchi	modulară	4 ani
5	Proteză de coapsă	a) combinată	2 ani
		b) din plastic	2 ani
		c) cu vacuum	2 ani
		d) geriatrică	2 ani
		e) modulară	4 ani
		f) modulară cu vacuum	4 ani
6	Proteză de șold	a) convențională	2 ani

		b) modulară	4 ani
7	Proteză parțială de bazin hemipelvectomie	a) convențională	2 ani
		b) modulară	4 ani

4.1. 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.

4.2. 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 de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

4.3. 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.

5. Proteze pentru membrul superior

Nr. crt.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parțială de mână	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională	2 ani
2	Proteză de dezarticulație de încheietură a mâinii	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională acționată mioelectric	8 ani
3	Proteză de antebrăț	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație pasivă	8 ani
		e) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație activă	8 ani
4	Proteză de dezarticulație de cot	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
5	Proteză de braț	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
6	Proteză de	a) funcțională simplă	2 ani

	dezarticulație de umăr		
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
7	Proteză pentru amputație inter-scapulo-toracică	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani

5. 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 de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

5. 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.

6. Orteze

6.1. 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

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 de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.2. 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/fixarea degetului mare	12 luni
		b) dinamică	12 luni
3	Orteze de încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni
4	Orteze de încheietura mâinii - mână - deget	fixă/mobilă	12 luni
5	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni
6	Orteze de cot încheietura mâinii - mână		12 luni
7	Orteze de umăr		12 luni
8	Orteze de umăr - cot		12 luni
9	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni

6.2.1. 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 de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.2.2. 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.

6.3. 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 luxații de șold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*)
		b) de abducție	*)
		c) Dr. Fettwies	*)
		d) Dr. Behrens	*)
		e) Becker	*)
		f) Dr. Bernau	*)
9	Orteze corectoare de statică a piciorului		
		a) susținători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni
		b) susținători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni
		c) Pes Var/Valg	12 luni
		d) Hallux-Valgus	12 luni

6.3.1. Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) și c) se prescriu numai perechi.

6.3.2. Pentru copii 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 de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.3.3. *) se poate acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.3.4. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), cu excepția celor prevăzute la pct. 6.3.1; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

7. Încălțăminte ortopedică

Nr. crt.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Ghete	a) deformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) deformități 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

7.1. 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 de specialitate ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi.

7.2. Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.

7.3. Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

8. 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.

9. Echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă

Nr. crt.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen**)	concentrator de oxigen	
2	Aparat de ventilație noninvazivă***)	aparat de ventilație	

*) Aparatele se acordă numai prin închiriere

**) Aparatele de administrare continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere pentru următoarele afecțiuni:

Oxigenoterapie de lungă durată - durata administrării cotidiene este ≥ 15 ore/zi

Indicații:

a. pacienți cu insuficiență respiratorie cronică, cu hipoxie severă în repaos:

a.1 BPOC - cu una din condițiile:

- $\text{PaO}_2 < 55$ mmHG (sau $\text{Sat O}_2 \leq 88\%$), măsurată la distanță de un episod acut

- PaO_2 55-59 mmHG (sau $\text{SatO}_2 < 90\%$) măsurată la distanță de un episod acut, și/sau semne clinice de cord pulmonar cronic și/sau semne clinice de hipertensiune pulmonară, și/sau poliglobulie ($\text{Ht} > 55\%$)

- VEMS postbronhodilatator < 50% din valoarea predictibilă

a.2 alte afecțiuni cu insuficiență respiratorie cronică obstructivă sau restrictivă, cu una din condițiile:

- pentru sindromul obstructiv PaO₂ < 60 mmHG (sau sat O₂ < 90%) și/sau semne clinice de cord pulmonar cronic, și/sau semne clinice de hipertensiune pulmonară, și/sau poliglobulie (Ht > 55%)

- pentru sindromul restrictiv, capacitatea pulmonară totală ≤ 60% din valoarea teoretică normală și semne clinice de hipoxie

Durata prescripției:

- din 3 în 3 luni, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii

Medici curanți care fac recomandarea:

- pneumologi, interniști, pediatri, cardiologi, oncologi

***) Aparatele de ventilație noninvazivă se acordă numai prin închiriere pentru următoarele afecțiuni:

- boală toracică restrictivă (scolioza gravă, pectus excavatum - stern înfundat, pectus carinatum - torace în carenă, boala Bechterew, deformarea postoperatorie sau posttraumatică, boala pleurală restrictivă)

- boală neuromusculară

- fibroza chistică

Pentru boala toracică restrictivă și boala neuromusculară, alături de simptomele de insuficiență respiratorie și alterarea calității vieții, trebuie îndeplinit cel puțin unul dintre criteriile de mai jos:

- hipercapnie cronică diurnă cu PaCO₂ ≥ 45 mm Hg

- hipercapnie nocturnă cu PaCO₂ ≥ 50 mm Hg

demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediat după momentul trezirii

- normocapnie diurnă cu creșterea nivelului PTCO₂ cu ≥ 10 mm Hg pe timp de noapte, comparativ cu valoarea diurnă, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie

Pentru fibroza chistică, alături de simptomele de insuficiență respiratorie și alterarea calității vieții, la pacient trebuie îndeplinit cel puțin unul dintre criteriile de mai jos:

- hipercapnie cronică diurnă cu PaCO₂ ≥ 60 mm Hg

- hipercapnie nocturnă cu PaCO₂ ≥ 65 mm Hg demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediat după momentul trezirii

- hipercapnie cronică diurnă cu PaCO₂ ≥ 60 mm Hg și creșterea nocturnă a nivelului PTCO₂ cu ≥ 10 mm Hg pe timp de noapte, comparativ cu valoarea de la culcare, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie

- hipercapnie cronică diurnă cu PaCO₂ ≥ 55-60 mm Hg și cel puțin 2 exacerbări acute cu acidoză respiratorie care au necesitat spitalizare în ultimele 12 luni

- ca urmare directă a unei exacerbări acute care necesită ventilație invazivă sau neinvazivă, dacă valoarea PaCO₂ > 55 mm Hg persistă chiar și după stabilizarea stării.

Medici curanți care fac recomandarea:

- medic pneumolog cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii Somnologie (nivel I și II) și în Ventilație non-invazivă (nivel III)

- medicului cu specialitatea anesteziei terapie intensivă cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii nivel III (ventilație non-invazivă)

10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli salini

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Inhalator salin particule uscate de sare cu flux de aer sau oxigen*)		2 luni

*) Se acordă copiilor cu mucoviscidoză cu vârsta până la 18 ani; dispozitivul include și sistemul de eliberare automată

11. 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	Cărbă	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 nedeterminată	
		a) cu antrenare manuală	
		b) triciclu pentru copii	

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.

12. Proteză externă de sân

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Proteză externă de sân și accesorii (sutien)		3 ani

Se acordă din anul 2015, pentru femei care au suferit intervenții chirurgicale - mastectomie totală; se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), după caz; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

13. Dispozitive pentru administrarea medicației și alimentației artificiale

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Dispozitiv pentru administrarea nutriției enterale*)	pompă de nutriție	
2	Dispozitiv pentru administrare a analgeziei controlate de pacient*)	pompă de administrare a analgeziei controlate de pacient	

*) Dispozitivele se acordă prin închiriere pentru următoarele afecțiuni, astfel:

- dispozitivele pentru administrarea nutriției enterale se acordă ca urmare a unor intervenții chirurgicale majore și starea asiguratului nu permite alimentația pe cale naturală la recomandarea medicului de specialitate chirurgie și anestezie și terapie intensivă.

- dispozitivele pentru administrare a analgeziei controlate de pacient se acordă pentru afecțiuni oncologice la recomandarea medicului de specialitate oncologie, hematologie și anestezie și terapie intensivă.

NOTA 1: Pentru dispozitivele de ventilație noninvazivă și dispozitivele pentru administrarea medicației și alimentației artificiale suma de închiriere se va stabili cu îndeplinirea obligației furnizorilor, prevăzută la art. 153 lit. f) din anexa nr. 2 la [HG nr. 400/2014](#).

NOTA 2: Pentru dispozitivele pentru terapia cu aerosoli salini prețul de referință se va stabili cu îndeplinirea obligației furnizorilor, prevăzută la art. 153 lit. f) din anexa nr. 2 la [HG nr. 400/2014](#).

B. Pachetul de servicii pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului economic european /Confederației Elvețiene, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a

cardului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 se acordă dispozitive medicale în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele prevăzute la lit. A. din prezenta anexă.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, se acordă dispozitive medicale în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Anexa 39

MODALITATEA

de prescriere, procurare

și decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

Articolul 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. 39 D la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a **H.G. nr. 400/2014** pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, 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 38 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/codul unic de asigurare al 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/retenție 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, cu excepția cateterului urinar, 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. În acest sens, se solicită o declarație a asiguratului 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; declarația rămâne la medicul care întocmește prescripția.

Articolul 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 /cod unic de asigurare, 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/cod unic de asigurare. 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, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizor).

(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/retenție urinară permanentă pentru obținerea dispozitivelor de incontinență urinară, prescripția medicală pe care este completată mențiunea incontinență/retenție urinară permanentă se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată într-un an calendaristic.

Articolul 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 emiterie 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 - numai pentru situațiile în care se impune revizuirea prescripției. Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării unui dispozitiv medical este prevăzut în anexa 39 A la ordin.

(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 casei de asigurări de sănătate.

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical și se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poștă sau care se ridică direct de la casa de asigurări de sănătate 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 39 B 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 (proteză provizorie și proteză definitivă). Decizia pentru proteză definitivă, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta a beneficiat de proteză provizorie.

(7) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraților pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere iar echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă precum și dispozitivele pentru administrarea medicației și alimentației artificiale, 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 echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă precum și dispozitivele pentru administrarea medicației și alimentației artificiale, 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 39 C 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.

Articolul 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/retenție urinară permanentă.

(3) În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante și echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă precum și dispozitivele pentru administrarea medicației și alimentației artificiale, decizia va fi însoțită de talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

Articolul 5

Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficiențelor organice sau funcționale în ambulatoriu, prevăzută în anexa 38 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.

Articolul 6

(1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorilor, 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, furnizorilor, 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/cod unic de asigurare 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 după protezarea auditivă. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul /codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară, dispozitive medicale care se acordă pentru perioadă determinată prin închiriere respectiv fotolii rulante, echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă și dispozitive pentru administrarea medicației și alimentației artificiale vor atașa și talonul lunar în original. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante, echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă și dispozitive pentru administrarea medicației și alimentației artificiale, 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 legal 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 legal 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, 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. Prin excepție, în situația în care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat și evaluat aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; decontarea protezei definitive se face în aceleași condiții, respectiv până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei.

(6) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal 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 legal 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.

(7) Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea dispozitivelor medicale acordate beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004, respectiv pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Articolul 7

(1) 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 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectivă.

Articolul 8

(1) Certificatul de garanție predat de către furnizor asiguratului pentru dispozitivele care se acordă pe perioadă nedeterminată, 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 39A

- 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. 400/2014** pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 precum și prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a **H.G. nr. 400/2014** pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015.

Văzând cererea nr. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate în data de depusă de beneficiar, nume și prenume sau de unul din membrii de familie (părinte, soț/soție, fiu/fică), o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, Adresă completă, telefon) beneficiar domiciliat în CNP/cod unic de asigurare 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 de specialitate 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

Articolul 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

Articolul 2

Prețul de referință/suma de închiriere suportat/ă de către Casa de Asigurări de Sănătate este:

Articolul 3

Prezenta decizie are o valabilitate de zile calendaristice de la data de

Articolul 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.

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	Adresa completă sediu social/ lucrativ (adresă, telefon, fax, pagină web)	Adresă completă punct de lucru
1		
2		
...		

Anexa 39B

- model -

Anexa 1

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/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

Anexa 39 C

- model -

Anexa 1

LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE ȘI A ECHIPAMENTELOR PENTRU OXIGENOTERAPIE ȘI VENTILAȚIE NONINVAZIVĂ PRECUM ȘI DISPOZITIVELOR PENTRU ADMINISTRAREA MEDICAȚIEI ȘI ALIMENTAȚIEI ARTIFICIALE 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/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

Anexa 39 D

- model -

PRESCRIPTIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA

DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE
ORGANICE SAU FUNCȚIONALE

Nr.*/.....*)

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație

Unitatea medicală ☐ MF
☐ Ambulatoriu
☐ Spital

Adresa

Stat membru: România

CUI

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

(pentru medicul care întocmește prescripția medicală - recomandarea)

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate se completează cu
datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital (numai pentru
situațiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmește prescripție medicală -
recomandare)

Nume, prenume medic Cod parafă medic

Specialitatea medicului prescriptor.....

Date contact medic prescriptor:

- telefon/fax medic prescriptor (se va completa inclusiv prefixul de țară)

- e-mail medic prescriptor

1. Numele și prenumele asiguratului

(se va completa în întregime numele și prenumele asiguratului)

2. Data Nașterii

3. Domiciliul

4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului

5. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:

6. Deficiența organică sau funcțională

- nu este ca urmare a unei boli profesionale ☐ (se bifează căsuța)

- nu este ca urmare a unui accident de muncă ☐ (se bifează căsuța)

ori sportiv.

7. Pentru stomii și incontinență urinară se bifează una din căsuțele:

☐ permanentă

☐ temporară

8. Denumirea și tipul dispozitivului medical recomandat:

(din anexa 38 la ordin**)

**) Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru
aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014
pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării
asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015

Ștampila furnizorului de servicii medicale

Data emiterii prescripției

Semnătura (olografă sau electronică, după caz) și parafa medicului

Recomandarea se eliberează numai dacă deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli
profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

Anexa 39 D a fost modificată de art. I din ORDINUL nr. 1.234 din 22 octombrie 2014, publicat în MONITORUL
OFICIAL nr. 782 din 28 octombrie 2014.

Anexa 40

- 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

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

III. Dispozitive medicale furnizate

Articolul 2

Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în anexa 38 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr. 400/2014 și constau în:

- a)
- b)
- c)

Lista de dispozitive medicale se va detalia pe categorii, denumiri și tipuri.

IV. Durata contractului

Articolul 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

Articolul 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 400 /2014](#).

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 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 prezentului contract-cadru, și să se 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 lucrativ și punctul de lucru, pentru informarea asiguratului; 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;
- b) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la [art. 10 alin. \(1\) din H.G. nr. 400/2014](#) furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare, precum și în cazul modificărilor 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; să informeze furnizorii de dispozitive medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate.
- c) 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 39 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#);
- d) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical prețul de referință/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical și să specifice pe versoul

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 lucrativ și punctul de lucru, pentru informarea asiguratului;

- e)** să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale;
- f)** 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;
- g)** să verifice dacă emitentul prescripției medicale se află în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înțelege furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale;
- h)** să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;
- i)** să înmâneze la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare furnizorilor de dispozitive medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării 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;
- j)** să publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația dispozitive medicale în ambulatoriu, precum și orice modificare a acestuia pe parcursul anului.
- k)** 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.

B. Obligațiile furnizorului de dispozitive medicale

Articolul 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 lucrativ 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 prevăzute la [art. 152 alin. \(1\) lit. g\) din H.G. nr. 400/2014](#), 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 intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- h)** să emită, în vederea decontării, și să depună la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarație privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor autorizat și evaluat, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii, incontinență urinară și dispozitivele medicale care se acordă pentru perioadă determinată prin închiriere, după caz, dovada verificării tehnice, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului ori 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/cod unic de asigurare sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă, curierat, transport propriu ori 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 ori 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 platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, 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 lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

m) 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;

n) 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 lucrativ, 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;

o) să asigure acordarea dispozitivelor medicale, în baza prescripției medicale eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să asigure, după caz, acordarea dispozitivelor medicale, în baza prescripției medicale eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, 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.

p) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și după caz de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

q) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele 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 să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și după caz de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

VI. Modalități de plată

Articolul 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.

Articolul 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 sau 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 sau 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 aprobate 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 aprobate 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 aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv 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.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectivă.

Articolul 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 fabricate 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/cod unic de asigurare 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 după protezarea auditivă. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară și dispozitive medicale care se acordă pentru perioadă determinată prin închiriere, respectiv fotolii rulante, echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă și dispozitive pentru administrarea medicației și alimentației artificiale vor atașa și talonul lunar în original. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante, echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă și dispozitive pentru administrarea medicației și alimentației artificiale 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 legal 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 legal de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(3) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenție chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru același furnizor, cumulativ pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive. Prin excepție, în situația în care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai află în relație contractuală cu

casa de asigurări de sănătate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat și evaluat aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; decontarea protezei definitive se face în aceleași condiții, respectiv până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei.

(4) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal 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 legal 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 5 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/inchirierii 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.

Articolul 10

Plata dispozitivelor medicale se face în contul furnizorului de dispozitive medicale nr. deschis la Trezoreria statului/bancă.

Articolul 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

Articolul 12

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

VIII. Clauză specială

Articolul 13

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

(2) Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile 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

Articolul 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 prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 18 alin. (1);
- e)** refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative și pe cele de evidență financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcțiune și service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind decontarea din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;
- f)** dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

Articolul 15

(1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre 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 lit. d), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului și a retragerii avizului de funcționare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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, și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip 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 noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (2) și (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 de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/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.

Articolul 16

Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă începând cu data la care a intervenit una dintre 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 sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

c) nerespectarea de către furnizori a termenelor de plată a contribuției la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate 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.152 alin. (1) lit. a)-c) din anexa nr. 2 la [H.G. nr. 400/2014](#) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. n), 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.

Articolul 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.

Articolul 18

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 6 lit. a)-e), g)-m) și o)-q) se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) Reținerea sumei potrivit 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 potrivit prevederilor 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) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

X. Corespondența

Articolul 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 - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului de dispozitive medicale declarat în contract. 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

Articolul 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.

Articolul 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

Articolul 23

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă 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 41

- model -

CONVENȚIE*)

privind eliberarea biletelor de trimitere
pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor
de trimitere pentru investigații medicale paraclinice
și/sau eliberarea prescripțiilor medicale
electronice pentru medicamente cu
și fără contribuție personală,

*) 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 electronice 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, cu excepția dentiștilor/medicilor dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenție cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

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 unic de asigurare 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

Articolul 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 [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

Articolul 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 înscrși 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, medicii dentiști, dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate;

(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 de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice;

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 elevi, respectiv studenți și medicii dentiști, dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retro-alveolară și panoramică,

(4) Prin medicii/medicii dentiști din cabinete școlare și studențești menționați la alin. (1) - (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. Prezentă convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2014.

IV. Obligațiile părților

Articolul 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 electronice 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 electronice cu regim special, distribuite medicilor cu care a încheiat convenții, precum și a prescripțiilor medicale electronice 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 platforma informatică din asigurările de sănătate;

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.

Articolul 4

Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau care eliberează prescripții medicale electronice 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 electronice 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; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

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 asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate; să furnizeze tratamentul adecvat, cu respectarea prevederilor legale în vigoare și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

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 7 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 7 zile și numai ca o consecință a actului medical propriu;

- medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie;

- medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru, 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 7 zile.

h) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice și paraclinice și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

i) să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

j) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line, până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu la data de a lunii următoare pentru luna anterioară;

k) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația prevăzută la lit. j), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

Articolul 5

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 4 lit. k), se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(2) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) și la art. 4 lit. h) se face prin plată directă sau prin executare silită atât pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cât și pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

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

(6) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (1) nerespectarea obligației de la art. 4 lit. k) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescrierii cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

V. Încetarea și rezilierea convenției

Articolul 6

Prezenta convenție se reziliază deplin 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 acestora;

b) nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 4 lit. a) - h) 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 electronice 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.

Articolul 7

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.

Articolul 8

Situațiile prevăzute la art. 6 și la art. 7 lit. a) subpt. 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. 7 lit. a) subpt. 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

Articolul 9

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

Fiecare parte din convenție este obligată ca, în termen de 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

Articolul 10

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

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate

Președinte - director general,

.....

Medic

.....

Vizat

Juridic, contencios

Anexa 42

- model -

CONVENȚIE

privind eliberarea biletelor 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

Articolul 1

Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de internare conform [Hotărârii Guvernului nr. 400/2014](#) și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a [H.G. nr. 400/2014](#).

ART. 2 Eliberarea biletelor de internare 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 unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, 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 unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, 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 unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, 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 unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

3. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, 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 unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

3. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, 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 unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /

3. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, 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 2014.

IV. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

Articolul 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 internare 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.

Articolul 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; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;
- 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

Articolul 5

Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a)** 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 internare 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 lucrătoare 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.

Articolul 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.

Articolul 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

Articolul 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	Unitatea medico-socială/
Președinte - director general,	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 structura spitalului ca unități fără personalitate juridică.

Pentru medicii menționați în prezenta anexă se încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care își desfășoară activitatea medicii respectivi.

Anexa 43

- MODEL -

Denumire Furnizor

Medic

Contract/convenție nr.

CAS

SCRISOARE MEDICALĂ*)

*) Scrisoarea medicală se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația/serviciul în ambulatoriul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului;

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că, născut la data de, CNP/cod unic de asigurare, a fost consultat în serviciul nostru la data de nr. F.O./nr. din Registrul de consultații

Motivele prezentării

.....
.....

Diagnosticul:

.....
.....

.....
.....
Anamneza:

.....
- factori de risc
.....
.....

Examen clinic:

- general
.....
.....

- local
.....
.....

Examine de laborator:

- cu valori normale
.....
.....

- cu valori patologice
.....
.....

Examine paraclinice:

EKG
.....

ECO
.....

Rx
.....

Altele
.....
.....

Tratament efectuat:
.....
.....
.....

Alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului:
.....
.....
.....

Tratament recomandat
.....
.....

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- ☐ S-a eliberat prescripție medicală, caz în care se va înscrie seria și numărul acesteia
- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicală deoarece nu a fost necesar
- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicală

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- ☐ S-a eliberat concediu medical la externare, caz în care se va înscrie seria și numărul acestuia
- ☐ Nu s-a eliberat concediu medical la externare deoarece nu a fost necesar
- ☐ Nu s-a eliberat concediu medical la externare

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- ☐ S-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu
- ☐ Nu s-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu, deoarece nu a fost necesar

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- ☐ S-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu
- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu deoarece nu a fost necesar

(cu viza Unității județene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate județeană de diabet zaharat: |

Nr. de înregistrare a asiguratului:	
-------------------------------------	--

Data

Semnătura și parafa medicului

.....

Calea de transmitere:

- prin asigurat
- prin poștă

Anexa 44

- MODEL -

Denumirea furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.....

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/telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Mărti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediu social/lucrative									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*)									
Domiciliu beneficiari									
Dispecerat									

*) 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 45

- MODEL -

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/telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate**)							
		Luni	Mărti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale

Sediu									
social									
lucrator									
Punct de									
lucru/punct									
secundar 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

**) Pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet și programul la domiciliu

Data	Reprezentant legal
.....	(semnătura și ștampila)
.....	

Anexa 46

- 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 Trezoreria statului 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. 18 din anexa nr. 2 la [Hotărârea Guvernului nr. 400/2014](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și dispozițiilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a H.G. nr.400/2014.

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

Director executiv al	Director executiv al
Direcției economice,	Direcției relații contractuale
.....	
Vizat	
Juridic, contencios	
.....	

Anexa 47

DISPOZIȚII GENERALE

1. Formularele cu regim special care se întocmesc în 2 exemplare - bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și biletele de internare.
2. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de internare, pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului /codului unic de asigurare al 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. Modelul formularului de prescripție medicală electronică se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Modelele de formulare pentru prescripțiile de preparate stupefiante și psihotrope, se aprobă conform [Legii nr. 339/2005](#) privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare.
 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 cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.
 9. Toți furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau, respectiv, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, au obligația să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate.
- În situația în care furnizorii utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea și securitatea în procesul de transmitere a datelor.

Anexa 48

CHESTIONAR PRIVIND SATISFAȚIA PACIENTULUI

Acest chestionar este menit să ne sprijine în ameliorarea performanței activității spitalului; răspunsurile la acest chestionar rămân anonime

1. Când ați intrat prima dată în această unitate ce impresie v-ați făcut? Alegeți trei cuvinte care descriu cel mai bine situația din acel moment din unitatea de primire

Cuvinte	Ordinea priorității*)
Curățenie	
Lux	
Aglomerare	
Dezordine	
Mizerie	
Disciplină	
Liniște	
Sărăcie	
Altul	
1	
Altul	
2	

*) Bifați 1, 2 sau 3 în ordinea priorității

2. Situația din unitatea de primire, pe care tocmai ați descris-o, v-a modificat starea de spirit? (bifați o singură variantă)

	DA	NU
M-a demoralizat		
Nu a avut niciun efect		
Mi-a ridicat moralul		

3. Cum ați ajuns să apelați la internare pentru spitalul nostru (bifați una din variantele de răspuns):

- a. V-ați prezentat direct la camera de gardă
- b. Ați avut trimitere de la medicul dumneavoastră de familie
- c. Ați venit cu trimitere de la medicul de ambulator
- d. Ați venit cu ambulanța
- e. Altă situație

4. Sunteți la prima internare sau la o reinternare?

a) Prima internare **b)** Reinternare

În cadrul acestei internări, puteți spune că:

	DA	NU
P1. Ați fost primit cu amabilitate de la început?	1	0
P2. Ați fost condus la explorări?	1	#
P3. Ați făcut baie la internare?	1	0
P4. Ați fost informat pe înțelesul dvs. despre boală, tratament, risc operator, prognostic?		
P5. Ați adus medicamente de acasă?	1	0
P6. Ați avut complicații post-operatorii?	1	0
P7. Fiarele s-au deschis în fața dvs.?	1	0
P8. Ați sesizat orice formă de condiționare a îngrijirilor de care ați avut nevoie?	1	0
P9. Ați simțit nevoia să recompensați prin diverse mijloace un cadru medical pentru a beneficia de mai multă atenție din partea acestora		

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri.

Apreciați pe o scală de la 1 la 5 calitatea serviciilor menționate mai jos primite de către dvs.

Font 7

Serviciul	1	2	3	4	5	9
	Total	Parțial	Nesatisfăcător	Bună	Foarte	Nu am beneficiat/
	nesatisfăcătoare	nesatisfăcătoare		bună	Nu am observat	
Atitudinea personalului la primire	1	2	3	4	5	9
Atitudinea personalului pe parcursul șederii dvs. în unitate	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de medic	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de asistente	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de infirmiere	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea post operatorie și ATI	1	2	3	4	5	9
Calitatea meselor servite	1	2	3	4	5	9
Calitatea condițiilor de cazare - salon (dotare, facilități)	1	2	3	4	5	#
Calitatea grupurilor sanitare (băi + WC)	1	2	3	4	5	#
Curățenia în ansamblu	1	2	3	4	5	#

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri închis.

Ținând cont de toate cele menționate mai sus vă rugăm să ne spuneți:
Cât de mulțumit sunteți/ați fost ?

Foarte nemulțumit	Parțial nemulțumit	Nemulțumit	Parțial mulțumit	Foarte mulțumit
1	2	3	4	5

Dacă ar fi să aveți nevoie de un serviciu medical disponibil în această unitate v-ați întoarce aici?

Sigur NU	Mai degrabă NU	Poate da/ poate nu	Mai degrabă DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

Dacă un apropiat, un prieten sau altă persoană ar avea nevoie de un serviciu medical despre care știți că este disponibil aici i-ați recomanda să vină?

Sigur NU	Mai degrabă NU	Poate da/ poate nu	Mai degrabă DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

După toată această perioadă petrecută aici, care este lucrul pozitiv care vă vine în minte?/Ce v-a plăcut cel mai mult?

Dar negativ?/Ce nu v-a plăcut?

Elemente de socio-demografie (încercuiți situația care vi se aplică)

D1. Sexul

1. Masculin 2. Feminin

D2. Vârsta

1. < 20 de ani 2. 20 - 29 ani 3. 30 - 39 ani 4. 40 - 49 ani
5. 50 - 59 ani 6. 60 - 69 ani 7. 70 ani și peste

D3. Mediul de rezidență

1. Urban 2. Rural

D4. Ultima școală absolvită

1. Primară (14 clase) 2. Gimnazială 3. Liceu 4. Facultate
(5 - 8)

D5. Starea civilă

1. Căsătorit 2. Necăsătorit 3. Concubinaj 4. Văduv
5. Divorțat

NOTĂ:

Colectarea informațiilor pe baza prezentului chestionar se face cu respectarea prevederilor [art. 12 din Legea nr. 677 /2001](#) pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.
