ORDIN nr. 186 din 30 martie 2015

privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015

EMITENT

- **MINISTERUL SĂNĂTĂŢII**
- **Nr. 388 din 31 martie 2015**
- **CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**
- **Nr. 186 din 30 martie 2015**

Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 220 din 1 aprilie 2015

Data intrării în vigoare 01-04-2015

Formă consolidată valabilă la data 04-05-2015
Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 04-05-2015 până la data de 31-08-2015

Notă CTCE

*) Notă CTCE:
Forma actualizată a acestui act normativ la data de 04 Mai 2015 este realizată de către Departamentul juridic din cadrul S.C. "Centrul Teritorial de Calcul Electronic" S.A. Piatra-Neamţ prin includerea tuturor modificărilor şi completărilor aduse de către ORDINUL nr. 246 din 29 aprilie 2015; RECTIFICAREA nr. 186 din 30 martie 2015.
Conţinutul acestui act aparţine exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamţ şi nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat pentru informarea utilizatorilor.

Având în vedere Referatul de aprobare nr. N.B. 3.194 din 31 martie 2015 al Ministerului Sănătăţii şi nr. D.G. 558 din 30 martie 2015 al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,
în temeiul prevederilor:
- art. 217 alin. (4) şi ale art. 281 alin. (2) din titlul VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările şi completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, cu modificările şi completările ulterioare,
ministrul sănătăţii şi preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Articolul 1

Se aprobă Normele metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, prevăzute în anexele nr. 1-48*), care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Notă

*) Anexele nr. 1-48 se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 220 bis, care se poate achiziţiona de la Centrul pentru relaţii cu publicul al Regiei Autonome "Monitorul Oficial", Bucureşti, şos. Panduri nr. 1.

Articolul 2

Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 aprilie 2015, dată de la care se abrogă Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale 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 şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 403 şi 403 bis din 30 mai 2014, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi orice alte dispoziţii contrare.

Articolul 3

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.
p. Ministrul sănătăţii,

Alin Iulian Tucmeanu,
secretar de stat
Preşedintele Casei Naţionale de
Asigurări de Sănătate,
Vasile Ciurchea

Anexă

NORME METODOLOGICE din 30 martie 2015 (*actualizate)

de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015*)
(actualizate la data de 4 mai 2015*)

Notă CTCE

*) Notă CTCE:
Forma actualizată a acestui act normativ la data de 04 Mai 2015 este realizată de către Departamentul juridic din cadrul S.C. "Centrul Teritorial de Calcul Electronic" S.A. Piatra-Neamţ prin includerea tuturor modificărilor şi completărilor aduse de către ORDINUL nr. 246 din 29 aprilie 2015; RECTIFICAREA nr. 186 din 30 martie 2015.
Conţinutul acestui act aparţine exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamţ şi nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat pentru informarea utilizatorilor.

Notă

*) Aprobate de Ordinul nr. 388/186/2015, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 220 din 1 aprilie 2015.

Anexa 1

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII
MINIMAL ŞI DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ
A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ
1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistenţa medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:
1.1. servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală
1.2. supraveghere şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic
1.3. consultaţii de monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lehuziei
1.4. consultaţiile de planificare familială
1.5. servicii de prevenţie
1.6. activităţi de suport
1.1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.
1.1.1. Se acordă o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, indiferent dacă persoana neasigurată se află sau nu înscrisă pe lista unui medic de familie.
NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.
NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.
NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca "urgenţă" de către medicul de familie în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.2. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale precum şi bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asiguraţii beneficiază de indemnizaţie pentru incapacitate temporară de muncă fără condiţii de stagiu de cotizare.
1.2.1. Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.
1.3. Consultaţii de monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lehuziei:
a) luarea în evidenţă în primul trimestru;
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.
În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere;
1.3.1. În cadrul supravegherii gravidei se face şi promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B şi C, precum şi consiliere pre şi post testare HIV şi lues a femeii gravide.
NOTĂ: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.
1.4. Consultaţiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială constau în:
a) consilierea persoanei privind planificarea familială;
b) indicarea unei metode contraceptive.
1.4.1: Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) şi b); se decontează două consultaţii pe an calendaristic, pe persoană.
1.5. Serviciile de prevenţie - consultaţie preventivă:
Consultaţia preventivă pentru persoanele în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecinţe majore în morbiditate şi mortalitate se acordă o dată la 3 ani şi cuprinde:
- consultaţie (anamneză, examen obiectiv, diagnostic);
- recomandare pentru examene paraclinice atunci când există argumente clinice de suspiciune a unei stări patologice consemnate în foaia de observaţie;
- încadrarea medicală a asiguratului într-o grupă de risc;
- sfat medical, recomandări regim igieno-dietetic.
Consultaţia se poate efectua la solicitarea persoanei beneficiară de pachet minimal de servicii medicale sau la solicitarea medicului de familie - pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista medicului de familie.
1.6 Activităţile de suport - examinare pentru constatarea decesului cu sau fără eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale;
NOTĂ: Se decontează un serviciu - consultaţie - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui neasigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie.
2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris de medicii de familie, precum şi costurile altor activităţi de suport altele decât cele de la pct. 1.6.
B. PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ
1. Pachetul de servicii medicale de bază în asistenţa medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:
1.1. servicii medicale curative pentru urgenţe medico-chirurgicale, afecţiuni acute, subacute, acutizările unor afecţiuni cronice şi pentru afecţiuni cronice
1.2. servicii medicale de prevenţie şi profilaxie
1.3. servicii medicale la domiciliu
1.4. servicii medicale adiţionale
1.5. activităţi de suport
1.6. servicii de administrare de medicamente
1.1. Servicii medicale curative pentru urgenţe medico-chirurgicale, afecţiuni acute, subacute, acutizările unor afecţiuni cronice şi pentru afecţiuni cronice
1.1.1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical

în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se acordă o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă 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 relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

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

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

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca "urgenţă" de către medicul de familie în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizările unor afecţiuni cronice, care cuprinde:

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

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

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

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

a) supravegherea evoluţiei bolii;
b) continuitatea terapiei;
c) screeningul complicaţiilor;
d) educaţia asiguratului privind autoîngrijirea.

1.1.3.1: Consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic şi în condiţiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecţiunile cronice/asigurat se decontează o consultaţie pe lună.

1.1.4. Consultaţii 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 şi diabet zaharat tip 2; astmul bronşic; boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC; boala cronică de rinichi.

1.1.4.1. Consultaţiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) Evaluarea iniţială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidenţă, episod ce poate include 3 consultaţii la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanţ clinic

iniţial care include screeningul complicaţiilor, iniţierea şi ajustarea terapiei până la obţinerea răspunsului terapeutic preconizat, educaţia pacientului, recomandare pentru investigaţii paraclinice, bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie;

b) Monitorizarea pacientului cuprinde 2 consultaţii programate care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicaţiilor, educaţia pacientului, investigaţii paraclinice şi tratament şi o nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

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

a. Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în:

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

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde:

- anamneza;
- examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinţei abdominale, examinarea piciorului pentru pacienţii cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA;
- bilet de trimitere pentru consultaţie de specialitate/investigaţii paraclinice în vederea efectuării: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică, microalbuminurie, EKG;

Intervenţiile de modificare a riscului includ:

- sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă, fumat, dietă, activitate fizică;
- intervenţii de reducere a factorilor de risc individuali la valorile ţintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viaţă şi/sau terapie medicamentoasă;
- educaţie pentru auto - îngrijire.

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

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

- bilanţul periodic al controlului terapeutic;
- evaluarea evoluţiei afecţiunii - screening-ul complicaţiilor/afectarea organelor ţintă;
- tratament/ajustarea medicaţiei, după caz.

NOTĂ: Pentru tratamentul şi ajustarea medicaţiei cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ:

- examen clinic în cabinetul medicului de familie;
- bilet de trimitere - management de caz, pentru investigaţii paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică, microalbuminurie, EKG, dozare proteină urinară, în funcţie de nivelul de risc;
- bilet de trimitere - management de caz, în funcţie de nivelul de risc pentru consultaţie de specialitate la cardiologie, medicină internă, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, oftalmologie, nefrologie;
- sfaturi igieno-dietetice şi educaţie pentru auto-îngrijire.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

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

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

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

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

a. Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în:

- stratificarea nivelului de severitate
- întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat şi iniţierea terapiei.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde:

- anamneză factori declanşatori, istoric personal şi familial
- examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi
- trimitere pentru investigaţii paraclinice/explorări funcţionale: hemoleucogramă completă, spirometrie, peak-flowmetrie, radiografie pulmonară;
- trimitere pentru consultaţie de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz;

Iniţierea intervenţiilor terapeutice include:
- sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;
- pentru astm bronşic - ţinta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile:
- astm bronşic controlat - limitarea simptomelor diurne şi a consumului de beta2 agonist la nevoie în </= 2 ocazii /săptămână, absenţa simptomelor nocturne, fără limitarea activităţii, funcţie pulmonară normală, absenţa exacerbărilor;
- astm bronşic parţial controlat - limitarea simptomelor diurne şi a consumului de beta2 agonist la nevoie în > 2 ocazii/săptămână, prezenţa simptomelor nocturne, funcţie pulmonară < 80% din valoarea cea mai bună (sau prezisă), cu limitarea activităţii, cu una/mai multe exacerbări în ultimul an;
- astm bronşic necontrolat - trei sau mai multe caracteristici de astm bronşic parţial controlat prezente în orice săptămână plus o exacerbare.
Iniţierea medicaţiei la pacientul nou diagnosticat se face cu medicaţie de treapta II sau III, funcţie de intensitatea simptomelor.
- pentru BPOC - ţinta terapeutică este reprezentată de renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:
- toţi pacienţii: educaţie intensivă pentru renunţare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viaţă, vaccinare antigripală;
- toţi pacienţii cu BPOC confirmaţi spirometric şi încadraţi în stadiul de severitate I - II cu dispnee - iniţiere terapie de linia I (bronhodilatator cu durată scurtă de acţiune - uneori) sau de linia II (bronhodilatator cu durată lungă de acţiune - dacă este necesar)
- bilet de trimitere la medicul de specialitate - pacienţii cu BPOC confirmaţi spirometric şi încadraţi în stadiul de severitate III şi IV pentru iniţiere terapie combinată respectiv oxigenoterapie sau/şi pacienţi cu suspiciune de BPOC, pentru confirmare diagnostică.
b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă cuprinde:
- reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii şi identificarea eventualelor cauze de control inadecvat;
- educaţia pacientului privind boala, evoluţia ei, înţelegerea rolului diferitelor clase de medicamente şi a utilizării lor, înţelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunţarea la fumat;
- evaluarea complianţei la tratament şi ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;
- astm bronşic - ţinta terapeutică - controlul simptomelor cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile.
- BPOC - ţinta terapeutică - renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii şi prevenirea exacerbărilor.
Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ:
- anamneza, factori declanşatori cauze de control inadecvat;
- examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi;
- evaluarea riscului de exacerbare a BPOC;
- bilet de trimitere - management de caz, în funcţie de severitate - pentru efectuarea de investigaţii paraclinice pentru stabilirea severităţii/nivelului de control şi monitorizarea evoluţiei astmului bronşic şi BPOC: spirometrie, hemoleucogramă completă şi dacă se suspectează complicaţii - radiografie pulmonară, după caz
- bilet de trimitere - management de caz, în funcţie de severitate - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz.
Educaţia pacientului: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere /vaccinare antigripală.
Evaluarea complianţei la recomandările terapeutice, cu atenţie sporită la complianţa la medicamente şi verificarea la fiecare vizită a înţelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente şi a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.
1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi
a. Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în:
- evaluarea gradului de risc în funcţie de filtratul glomerular, albuminurie şi boala renală primară;
- stabilirea obiectivelor terapeutice şi întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) şi iniţierea terapiei.
Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde:
- anamneză (antecedente familiale şi personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectării renale şi al co-morbidităţilor relevante);
- examen clinic complet;

- bilet de trimitere pentru investigaţii 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 consultaţie de specialitate la nefrolog a pacienţilor cu risc mediu-mare (raport albumină /creatinină peste 300 mg/g, eRFG mai mic de 45 mL/min sau hematurie microscopică de cauză non-urologică), hipertensiune arterială necontrolată.
Iniţierea terapiei include:
- consiliere pentru schimbarea stilului de viaţă: renunţare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică;
- tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului eRFG şi al dislipidemiei, după caz;
- educaţia pacientului pentru auto-îngrijire.
b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă:
- bilanţul periodic al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină urinară, declin eRFG):
- revizuirea medicaţiei (medicamente, doze), după caz;
- evaluarea aderenţei la programul terapeutic (dietă, medicaţie);
- bilet de trimitere - management de caz, pentru investigaţii paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, albumină/creatinină urinară;
- bilet de trimitere - management de caz, pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie.
1.2. Serviciile medicale preventive şi profilactice sunt:
1.2.1. Consultaţiile preventive sunt consultaţii periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani privind:
a. creşterea şi dezvoltarea;
b. starea de nutriţie şi practicile nutriţionale;
c. depistarea şi intervenţia în consecinţă pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă şi sex, conform anexei nr. 2 C la ordin.
1.2.1.1: Frecvenţa efectuării consultaţiilor se va realiza după cum urmează:
a) la externarea din maternitate şi 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.
NOTA 1: În cadrul consultaţiilor preventive copii cu vârsta cuprinsă între 2 şi 18 ani, beneficiază anual de investigaţii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţiile preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigaţii. Biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei.
Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:
a. Vârsta cuprinsă între 2 ani şi 5 ani inclusiv:
1. Pentru profilaxia anemiei:
● Hemoleucograma completă
● Sideremie
2. Pentru profilaxia rahitismului:
● Calciu seric total
● Calciu ionic seric
b. Vârsta cuprinsă între 6 ani şi 11 ani inclusiv
1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masă corporală - (IMC) crescut
● Proteine totale serice
● Colesterol seric total
● Trigliceride serice
● Glicemie
● TGP
● TGO
2. Pentru profilaxia anemiei:
● Hemoleucograma completă
● Sideremie
c. Vârsta cuprinsă între 12 ani şi 17 ani inclusiv
1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masă corporală - (IMC) crescut
● Proteine totale serice
● Colesterol seric total
● Trigliceride serice
● Glicemie
● TGP
● TGO

2. Pentru screening ITS (după începerea vieţii sexuale)
● VDRL sau RPR
NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează fără recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialişti cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situaţia în care VDRL sau RPR este pozitiv.
1.2.2. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:
a) luarea în evidenţă în primul trimestru; se decontează o consultaţie;
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a se decontează o consultaţie/lună. În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; se decontează două consultaţii /lună;
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu; se decontează o consultaţie;
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere; se decontează o consultaţie.
1.2.2.1: În cadrul supravegherii gravidei se face şi promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B şi C, precum şi consiliere pre şi post testare HIV şi lues a femeii gravide.
NOTĂ: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.
1.2.3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor din populaţia generală - fără semne de boală - se vor realiza după cum urmează:
1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 şi 39 ani - o dată la 3 ani calendaristici, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 C la ordin. Se decontează maxim 2 consultaţii/asigurat în anul în care se realizează evaluarea riscului individual. Pentru persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 şi 39 ani depistate cu risc înalt, consultaţiile preventive de evaluare se acordă anual, conform prevederilor de la punctul 1.2.3.2. şi se decontează maxim 2 consultaţii/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 şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 C la ordin. Se decontează maxim 2 consultaţii/asigurat, anual.
NOTA 1: În cadrul consultaţiilor preventive asiguraţii asimptomatici cu vârsta peste 18 ani, anual respectiv odată la 3 ani, beneficiază de investigaţii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigaţii. Biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei.
Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:
a. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 şi 39 ani
● Hemoleucogramă completă
● VSH
● Glicemie
● Colesterol seric total
● Electroforeza proteinelor serice
● Creatinina serică
b. pentru femeia cu vârsta între 18 şi 39 ani care planifică o sarcină
● VDRL sau RPR
c. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani şi peste
● Hemoleucogramă completă
● VSH
● Glicemie
● Colesterol seric total
● Electroforeza proteinelor serice
● Creatinina serică
● PSA la bărbaţi
● TSH şi FT4 la femei
NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează fără recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialişti cu studii

superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situaţia în care VDRL sau RPR este pozitiv.
1.2.4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la H.G. nr. 1186/2000.
1.2.4.1: Se acordă o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemoepidemic suspicionată şi confirmată.
1.2.5. Consultaţii 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.: Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) şi b); se acordă maximum două consultaţii pe an calendaristic, pe asigurat.
1.3. Consultaţiile la domiciliu sunt acordate asiguraţilor de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultaţiile la domiciliu. Consultaţiile la domiciliu se acordă asiguraţilor nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraţilor cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor cu vârsta 0-18 ani cu boli infecto-contagioase şi lehuzelor.
Se consideră consultaţie la domiciliu, inclusiv consultaţia - examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.
1.3.1. Consultaţiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie se decontează astfel: maximum 2 consultaţii pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum 4 consultaţii/an pentru bolile cronice şi o consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă. Informaţiile medicale se înregistrează în fişa medicală.
1.3.2.: Consultaţiile acordate la domiciliul asiguraţilor - maximum 42 de consultaţii pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de 3 consultaţii pe zi.
NOTĂ: consultaţiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultaţii, care va conţine data şi ora consultaţiei, numele, prenumele, semnătura asiguratului sau aparţinătorului, după caz, pentru situaţia în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.
1.4. Serviciile medicale adiţionale reprezintă servicii care se oferă opţional în cabinetele medicilor de familie, exclusiv asiguraţilor de pe lista proprie. Aceste servicii sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare, iar medicul de familie are competenţă dobândită prin parcurgerea unui program educaţional specific, certificat suplimentar, după caz.
1.4.1 Serviciile adiţionale sunt:
a) efectuare şi interpretare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate
b) ecografie generală - abdomen şi pelvis
c) spirometrie
NOTA 1*): Pentru aceste servicii se încheie acte adiţionale la contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor prevăzute în anexa 20 la ordin.
NOTA 2: Numărul maxim de ecografii generale, examene EKG - efectuare şi interpretare şi spirometrii ce pot fi efectuate şi acordate într-o oră, nu poate fi mai mare de 3.
1.4.2. Servicii medicale de consultaţii şi diagnostic ce pot fi furnizate la distanţă prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătăţii.
1.4.2.1. Aceste servicii reprezintă consultaţiile ce se acordă asiguraţilor conform pct. 1 subpct. 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4 şi pct. 1.3 şi pentru care, suplimentar, după caz, se efectuează ecografie generală - abdomen + pelvis - şi/sau EKG care se transmit medicilor de specialitate din ambulatoriu, în vederea interpretării.
NOTĂ: Consultaţia prevăzută la punctul 1.4.2 nu se decontează ca şi consultaţie prevăzută la pct. 1 subpct. 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4 şi pct. 1.3.
1.5. Activităţile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente: concediu medical, bilete de trimitere, prescripţii medicale, adeverinţe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflaţi în plasament din cadrul sistemului de asistenţă socială şi protecţia copilului, documente medicale eliberate pentru copii solicitate la intrarea în colectivitate, conform prevederilor legale în vigoare, precum şi eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului.
NOTA 1: Activităţile de suport sunt consecinţă a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.
NOTA 2: Se decontează un serviciu - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat înscris pe lista medicului de familie.

1.6. Servicii de administrare de medicamente - intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil, după caz, acordate asiguraţilor de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet.
C. PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR /DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII.
1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A punctul 1, subpunctele 1.1 şi 1.2 şi la lit. B, punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 din prezenta anexă.
2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la lit. B.
3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 şi 1.2 din prezenta anexă sau de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

Anexa 2

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

Articolul 1

(1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate, şi plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte pentru unele servicii medicale prevăzute anexa nr. 1 la ordin, inclusiv pentru serviciile medicale acordate pacienţilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, 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 şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
(2) Suma cuvenită prin plata "per capita" pentru serviciile menţionate la lit. e) se calculează prin înmulţirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul şi structura pe grupe de vârstă a persoanelor asigurate înscrise în lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat în funcţie de condiţiile prevăzute la lit. d), cu valoarea stabilită pentru un punct.
a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul şi structura pe grupe de vârstă a persoanelor înscrise asigurate se stabileşte astfel:
1. numărul de puncte, acordat pe o persoană asigurată înscrisă în listă, în raport cu vârsta persoanei asigurate înscrise:

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

NOTA 1: Încadrarea persoanei asigurate, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei - copil cu vârsta de 4 ani împliniţi se încadrează în grupa 4 - 59 ani.
NOTA 2: În situaţia în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituţionalizate - copii încredinţaţi sau daţi în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire şi asistenţă - şi persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii, numărul de puncte aferent acestora se majorează cu 5% faţă de punctajul acordat grupei de vârstă în care se încadrează.

În acest sens medicii de familie ataşează la fişa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de persoane instituţionalizate - copii încredinţaţi sau daţi în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire şi asistenţă - sau persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii.
NOTA 3: Pentru persoanele încadrate ca şi persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate numărul de puncte aferent acestora este cel corespunzător grupei de vârstă "60 ani şi peste".
2. La calculul numărului lunar de puncte "per capita" conform art. 1 alin. (2) se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie existente în ultima zi a lunii precedente.
În situaţia contractelor nou încheiate pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare.
Pentru medicii nou veniţi care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de 3 luni - după încetarea convenţiei 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 asistenţei medicale primare care se ia în calcul pentru stabilirea necesarului de medici de familie 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 şi al fiecărui medic de familie cu listă proprie care se contractează cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistenţa medicală primară este de 35 de ore pe săptămână. În situaţia în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200 programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi şi/sau se poate modifica în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b) cu asigurarea numărului de consultaţii la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1 la ordin.
În cazul prelungirii programului de lucru pentru o listă cuprinsă între 2.200 şi 3.000 de persoane înscrise programul zilnic se majorează cu 1 oră iar pentru o listă de înscrişi mai mare de 3.000 programul zilnic se majorează cu 2 ore.
5. În situaţia în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200 şi numărul de puncte "per capita"/an depăşeşte 18.700 puncte, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se reduce după cum urmează:
- cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 18.701 - 22.000;
- cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000;
- cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.
Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, care au cel puţin un medic angajat cu normă întreagă şi pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială/zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la art. 1 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare se reduce după cum urmează:
- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 18.700, dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;
- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 25%;
- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 50%;
- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 30.000 puncte, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 75%;

b) Medicii nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană - în condiţiile prevederilor art. 11 de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleaşi condiţii ca şi medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniţi, cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) şi (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, privind numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană - în condiţiile prevederilor art. 11 de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare se stabileşte conform lit. a).

c) Medicii nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană - în condiţiile prevederilor art. 14 capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare,

chiar dacă la sfârşitul celor 3 luni pentru care au avut încheiată convenţie de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane asigurate prevăzut la art. 1 alin. (3) şi alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care şi-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniţi au obligaţia ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate încetează la expirarea celor 3 luni, cu excepţia situaţiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor art. 1 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la actul normativ mai sus menţionat. Lista de persoane asigurate înscrise care se ia în calcul pentru continuarea relaţiei contractuale este cea prezentată de medicul de familie la sfârşitul celor 3 luni. Dacă după prelungirea relaţiei contractuale se constată, odată cu validarea listei de persoane asigurate înscrise, că nu este îndeplinită condiţia privind numărul minim de persoane asigurate înscrise, contractul poate înceta în condiţiile art. 1 alin. (6) de la capitolul I din anexa nr. 2 din actul normativ mai sus menţionat.

Pentru cele 3 luni de contract în care medicul nou-venit are obligaţia de a înscrie numărul minim de persoane asigurate prevăzut la art. 1 alin. (3) şi alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 din actul normativ mai sus menţionat, venitul se stabileşte conform lit. a). Se consideră medic nou-venit într-o localitate, medicul de familie care solicită pentru prima dată intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în localitatea respectivă, inclusiv medicii care şi-au desfăşurat activitatea ca medici angajaţi într-un cabinet medical individual aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate respectivă.

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

1. în raport cu condiţiile în care se desfăşoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea. Pentru cabinetele medicale organizate în localităţile care se găsesc total sau parţial în aria Rezervaţiei biosferei Delta Dunării, se aplică un procent de majorare de 200%, indiferent de punctajul obţinut potrivit Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea.

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru şi un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul şi pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru /punctele secundare de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărţit proporţional cu programul de lucru - exprimat în ore desfăşurat la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru /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 funcţie de sporul de zonă aferent localităţii unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

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

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

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

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

e) Serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.2.4, 1.2.5, 1.5, cu excepţia consultaţiei la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului constatator de deces şi 1.6 din anexa nr. 1 la ordin, precum şi consultaţiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, 1.3 şi 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depăşesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), sunt incluse în plata "per capita".

(3) Suma cuvenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se calculează prin înmulţirea numărului de puncte pe serviciu medical ajustat în funcţie 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	Frecvenţă/plafon	Nr. puncte
A. Pachet minimal		
1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală	1 consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă	5,5 puncte/consultaţie
2. Supraveghere şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic	1 consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată	5,5 puncte /consultaţie
3. Monitorizarea evoluţiei sarcinii şi lehuziei		
a) luarea în evidenţă în primul trimestru;	1 consultaţie	5,5 puncte /consultaţie
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.	1 consultaţie pentru fiecare lună	5,5 puncte /consultaţie
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultaţii pentru fiecare lună	5,5 puncte /consultaţie
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultaţie la domiciliu	15 puncte /consultaţie
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere;	1 consultaţie	5,5 puncte /consultaţie
4. Servicii de planificare familială	2 consultaţii/an calendaristic/persoană	5,5 puncte /consultaţie
5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte/examinare pentru constatarea decesului
6. Servicii de prevenţie		
Consultaţia preventivă	1 consultaţie o dată la 3 ani calendaristici	5,5 puncte/consultaţie
B. Pachet de bază		
1. Serviciile medicale preventive şi profilactice acordate asiguraţilor cu vârsta 0-18 ani		
a) - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	1 consultaţie la domiciliu	15 puncte/consultaţie
b) - la 1 lună - la domiciliul copilului	1 consultaţie la domiciliu	15 puncte /consultaţie
c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 şi 36 luni	1 consultaţie pentru fiecare din lunile nominalizate	5,5 puncte /consultaţie
d) - de la 4 la 18 ani	1 consultaţie /an/asigurat	5,5 puncte /consultaţie
2. Monitorizarea evoluţiei sarcinii şi lăuziei		
a) luarea în evidenţă în primul trimestru;	1 consultaţie	5,5 puncte /consultaţie
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.	1 consultaţie pentru fiecare lună	5,5 puncte /consultaţie
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultaţii pentru fiecare lună	5,5 puncte /consultaţie
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultaţie la domiciliu	15 puncte /consultaţie
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni		

CMI Piatra Neamţ

de la naştere;	1 consultaţie	5,5 puncte /consultaţie
3. Evaluarea riscului individual la adultul asimptomatic		
a) asiguraţi cu vârsta între 18 şi 39 ani	2 consultaţii/asigurat o dată la 3 ani pentru completarea riscogramei	5,5 puncte /consultaţie
b) asiguraţi cu vârsta între 18 şi 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt	1-2 consultaţii/asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte /consultaţie
c) asiguraţi cu vârsta > 40 ani	1-2 consultaţii/asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte /consultaţie
4. Servicii medicale curative		
a) Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizările unor afecţiuni cronice	2 consultaţii/asigurat/episod	5,5 puncte /consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3)
b) Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a asiguraţilor cu boli cronice	1 consultaţie/asigurat/lună	5,5 puncte /consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3)
c) Management de caz:		
c.1) evaluarea iniţială a cazului nou		
c.1.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;	5,5 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou;
c.1.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;	5,5 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou;
c.1.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;	5,5 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou;
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. c.1.1), c.1.2) şi c.1.3)
c.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultaţii în cadrul monitorizării managementului de caz	- 6 puncte /consultaţie în cadrul monitorizării - management de caz; - Se raportează fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultaţii este de 60 de zile; - O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive, calculate

		faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.
5. Servicii la domiciliu:		
a) Urgenţă	1 consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă	15 puncte/consultaţie care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3)
b) Episod acut/subacut/ acutizări ale bolilor cronice	2 consultaţii/episod	15 puncte/consultaţie care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3)
c) Boli cronice	4 consultaţii/an/ asigurat	15 puncte/consultaţie care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3)
d) Management de caz pentru asiguraţii nedeplasabili înscrişi pe lista proprie		
d.1) evaluarea iniţială a cazului nou		
d.1.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou;
d.1.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou;
d.1.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou;
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. d.1.1), d.1.2) şi d.1.3)
d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultaţii în cadrul monitorizării managementului de caz	- 16 puncte/consultaţie în cadrul monitorizării - management de caz; - Se raportează fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultaţii este de 45 de zile; - O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din

		cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.
e) Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte/examinare pentru constatarea decesului, care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3)
6. Servicii medicale de consultaţii şi diagnostic ce pot fi furnizate la distanţă prin sisteme de telemedicină rurală:		care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3)
a) Efectuate la cabinet	1 consultaţie	6 puncte/consultaţie
b) Efectuate la domiciliu	1 consultaţie	15,5 puncte/consultaţie

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

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

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

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

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

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

- maximum 3 consultaţii la domiciliu/zi dar nu mai mult de 42 consultaţii pe lună.

c) Serviciile cuprinse la litera A şi litera B subpunctele 1.1.4, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3 şi 1.5 pentru consultaţia cu sau fără eliberarea certificatului constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, precum şi consultaţiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, 1.3 şi 1.4.2 din anexa nr. 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 condiţii:

a) medicamentele şi, după caz, unele materiale sanitare prescrise trebuie să fie în concordanţă cu diagnosticul stabilit. Pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, se utilizează prescripţia medicală electronică sau formularul de prescripţie medicală cu regim special, unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope până la data implementării prescripţiei electronice pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; pentru medicamentele cu sau fără contribuţie personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripţie medicală electronică distinctă;

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

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

Articolul 3

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

În situaţia în care preluarea activităţii se face de către medici aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se asigură prelungirea corespunzătoare a programului de activitate al medicului înlocuitor, în funcţie de necesităţi.

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

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

(3) Pentru perioade de absenţă mai mici de 30 de zile lucrătoare, înlocuirea medicului absent se poate face şi pe bază de reciprocitate între medici, cu condiţia ca medicul înlocuitor să-şi desfăşoare activitatea în aceeaşi localitate cu medicul înlocuit sau în zonă limitrofă, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-şi programul de lucru în funcţie de necesităţi. Pentru situaţiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigurări de sănătate, cu cel puţin o zi lucrătoare anterior perioadei de absenţă, un exemplar al convenţiei de reciprocitate conform modelului prevăzut în anexa 4 la ordin şi va afişa la cabinetul medical numele şi programul medicului înlocuitor, precum şi adresa cabinetului unde îşi desfăşoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an calendaristic.

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii şi formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila 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 absenţă prevăzute la alin. (1) - (3), acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat /angajaţi, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajaţi care să acopere programul de lucru al cabinetului medical individual, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

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

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

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

Articolul 4

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

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

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

(4) În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul înlocuitor îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila 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 desfăşoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare. Medicii angajaţi nu au listă proprie de persoane înscrise şi nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, a unor materiale sanitare se face conform prevederilor legale în vigoare, folosindu-se ştampila cabinetului şi parafa medicului angajat, respectiv semnătura electronică proprie şi prescripţiile medicale ale medicului titular. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) În cazul cabinetelor medicale individuale care au medic angajat/medici angajaţi, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajaţi se poate desfăşura în afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent cu acesta. Activitatea medicilor angajaţi în cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale în vigoare 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 şi cel al medicului angajat/medicilor angajaţi trebuie să se încadreze în programul de activitate al cabinetului medical individual conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Articolul 6

Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct "per capita" şi a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical, fondul aferent asistenţei medicale primare la nivel naţional pentru anul 2015 are următoarea structură:

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

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

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

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

Articolul 7

Pentru calculul trimestrial al valorii definitive a unui punct per capita şi pe serviciu medical, fondul anual aferent asistenţei medicale primare se defalchează pe trimestre.

Articolul 8

(1) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe ţară, este de 4 lei, valabilă pentru anul 2015.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe ţară şi este de 1,9 lei, valabilă pentru anul 2015.

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

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

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

Fondul aferent asistenţei medicale primare pentru trimestrul respectiv, din care se scade venitul cabinetelor medicale în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, se repartizează 50% pentru plata per capita şi 50% pentru plata per serviciu.

Articolul 9

(1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulţirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate şi a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea 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 înmulţirea numărului de puncte "per capita" şi 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 şi se validează conform prevederilor contractului-cadru şi a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor cuvenite pentru activitatea desfăşurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

Articolul 11

Persoanele înscrise care doresc să îşi schimbe medicul de familie şi persoanele care nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie şi 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. Înscrierea/înscrierea prin transfer pe lista unui medic de familie, se face pe baza cererii de înscriere/cererii de înscriere prin transfer şi a cardului naţional de asigurări sociale de sănătate.

Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conştiinţă refuză cardul naţional sau pentru persoanele cărora li se va emite card naţional duplicat, precum şi pentru copii 0-18 ani, înscrierea/schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere/de înscriere prin transfer.

Pentru situaţiile de înscriere prin transfer, medicul de familie primitor are obligaţia să anunţe în scris (prin poştă), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana.

Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligaţia să transmită fişa medicală în copie certificată prin semnătură şi parafă că este conform cu originalul, prin poştă/prin asigurat, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează originalul fişei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.

Articolul 12

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

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

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

Articolul 13

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

Articolul 14

(1) În aplicarea art. 17 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înţelege absenţa nemotivată de la programul de lucru afişat şi prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea desfăşurată în cabinetul medical.

(2) Absenţa motivată se ia în considerare pentru situaţiile prevăzute la art. 3 alin. (2), precum şi pentru următoarele situaţii: citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective, cu condiţia numirii unui înlocuitor pe bază de convenţie de reciprocitate sau convenţie de înlocuire, ale cărui număr de telefon şi adresă vor fi afişate la cabinetul medical, precum şi în cazul participării la manifestări organizate pentru obţinerea de credite de educaţie medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România. Pentru aceste situaţii medicii de familie trebuie să depună la casa de asigurări de sănătate copia documentelor justificative. În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absenţă prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajaţi.

Articolul 15

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

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

Numărul de investigaţii paraclinice contractat nu poate depăşi 3 investigaţii pe oră, cu obligaţia încadrării în valoarea contractată.

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

Articolul 16

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

Articolul 17

La contractare furnizorul depune lista cu asiguraţii înscrişi pe lista proprie a fiecărui medic de familie, aflaţi în evidenţă cu următoarele boli cronice: HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astmul bronşic, boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC) şi boala cronică de rinichi, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 D la ordin. Lunar se raportează modificările intervenite/mişcarea lunară/intrări/ieşiri, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale 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/convenţie .....

Medic de familie .....

(semnătură şi parafă)

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a) ....., cetăţenie ....., C.N.P. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/cod unic de asigurare |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, data naşterii....., domiciliat(ă) în ..... str. ..... nr....., bl. ....., sc. ...., ap. ....., jud./sector ....., act de identitate ....., seria ....., nr. ....., eliberat de ....., la data ....., telefon ....., solicit înscrierea mea pe lista dumneavoastră

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 relaţie 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:

Notă

*) Se completează cu datele unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită înscrierea, respectiv semnătura şi parafa acestuia.
**) Se bifează una din situaţiile 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/convenţie .....

Medic de familie .....

(semnătură şi parafă)

Domnule/Doamnă Doctor,

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

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

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

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

Data: / / Semnătura:

Notă

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

Anexa 2 B

Font 9

Furnizor de servicii medicale .....

Sediul social/Adresa fiscală .....

DECLARAŢIE

Subsemnatul(a)*1) ..... legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că 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 asistenţa medicală primară pentru anul 2015 este valabilă şi conformă cu evidenţele 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 declaraţii se pedepseşte 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 asistenţa medicală primară pentru anul 2015 este valabilă/sunt valabile şi conformă/conforme cu evidenţele proprii existente la data de *4) ....., pentru următorii medici de familie:

- .....
- .....

- .....

NOTĂ:

*1) Pentru cabinetele medicale individuale

*2), *4) Se va trece data la care a încetat termenul de valabilitate a contractului anterior

*3) Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:

- cabinet asociat sau grupat
- societate civilă medicală
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înfiinţată potrivit Legii societăţilor nr. 31/1990 republicată, cu modificările şi completările ulterioare
- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie.

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

Anexa 2 C

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

Consultaţiile preventive sunt consultaţii periodice active, oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani şi au ca scop identificarea şi intervenţia în tulburările de creştere şi dezvoltare şi în riscurile modificabile specifice pe grupe de vârstă/sex.

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

a. Consultaţia preventivă a nou-născutului la externarea din maternitate şi la 1 lună

a1. - la externarea din maternitate:

● înregistrare, luare în evidenţă pentru probleme depistate la naştere;

● examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremităţi, morfologie generală, evaluarea hidratării;

● evaluare alimentaţiei, observarea tehnicii de alăptare şi consiliere pentru alăptare eficientă;

● evaluarea condiţiilor de igienă (sursă apă) şi recomandări;

● verificarea efectuării în maternitate a screening-ului surdităţii;

● profilaxia rahitismului;

● consiliere şi suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare şi consiliere pentru lactaţie);

● consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naţionale şi a vaccinurilor opţionale;

● sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor şi alte situaţii frecvente la această vârstă; consiliere şi suport pentru stil de viaţă favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.

a2. - la 1 lună:

● măsurare: greutate (G), lungime (T), circumferinţa craniană - consemnare în graficele de creştere

● examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremităţi, morfologie generală, evaluarea hidratării;

● evaluare alimentaţie, observarea tehnicii de alăptare şi consiliere pentru alăptare eficientă

● evaluarea condiţiilor de igienă (sursă apă) şi recomandări

● profilaxia rahitismului

● consiliere şi suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare şi consiliere pentru lactaţie),

● consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naţionale şi a vaccinurilor opţionale;

● sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor şi alte situaţii frecvente la această vârstă,

● consiliere şi suport pentru stil de viaţă favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă

b. Consultaţia preventivă a sugarului la vârsta de 2 şi 4 luni cuprinde aceleaşi examinări ca la consultaţia de la 1 lună prevăzută la litera a.2, la care se adaugă:

● consemnare lungime şi greutate pe graficele de creştere corespunzătoare şi interpretarea tendinţelor după scorul z (velocitatea creşterii)

● consemnare repere majore de dezvoltare motorie pe graficul pentru dezvoltarea neuropsihomotorie

● evaluarea practicilor nutriţionale, întărirea mesajelor privind alăptarea şi îngrijirea copilului (prevenirea accidentelor şi recunoaşterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere)

● profilaxia anemiei la dismaturi - prematuri începând cu vârsta de 2 luni

● identificarea eventualelor deficienţe 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 priveşte în ochi când vorbiţi cu el?	0	2	1
V-aţi 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 braţe?	0	2	1
Se opune când este luat în braţe de dvs.?	2	0	1
Participă la jocul "cucu-bau"?	0	2	1
Zâmbeşte când dvs. îi zâmbiţi? - întrebare înlocuită la 24 luni cu întrebarea: Foloseşte cuvântul "mama" când vă strigă?	0	2	1
Poate să stea singur în pătuţ când este treaz?	2	0	1
Reacţionează întotdeauna când este strigat pe nume?/ Întoarce capul când este strigat?	0	2	1
Observaţiile medicului de familie			
Evită privirea directă/Nu susţine contactul vizual	1	0	-
Evidentă lipsă de interes pentru persoane	1	0	-
După 24 de luni: stereotipii motorii (flutură mâinile, ţopăie, merge pe vârfuri, se învârte 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 menţionată de către părintele/aparţinătorul/tutorele legal al copilului şi completează ultimele 3 coloane ale chestionarului cu punctajul corespunzător după observarea directă a comportamentului copilului.

La sfârşitul completării chestionarului efectuează adunarea scorurilor şi bifează scorul în care se încadrează copilul în cauză.

Medicul de familie prezintă părintelui/aparţinătorului/tutorelui legal atitudinea terapeutică necesară ulterior.

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

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

c. Consultaţia preventivă a copiilor la vârsta de 6, 9, 12, 15 şi 18 luni cuprinde aceleaşi examinări şi înregistrări de parametri de dezvoltare ca şi consultaţia la 2 şi 4 luni prevăzută la litera b, la care se adaugă:

● evaluare şi consiliere privind alimentaţia complementară (grafic şi 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 toţi copiii până la 9 luni inclusiv, evaluarea dezvoltării dentiţiei, recomandări privind profilaxia cariei dentare, igiena orală, administrarea de fluor

● evaluare socio-emoţională

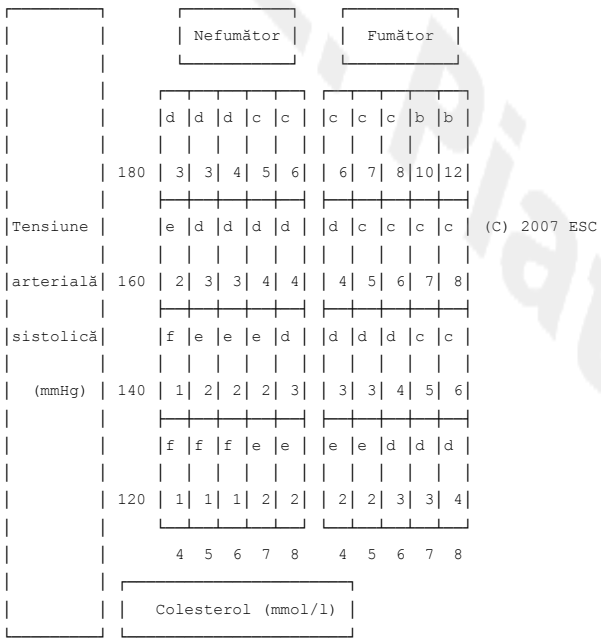
● evaluare şi consiliere pentru activitatea fizică

● sfaturi de conduită pentru familie pentru: prevenirea accidentelor, conduita în afecţiunile frecvente la aceste vârste

● identificarea eventualelor deficienţe 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 şi 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. Consultaţia preventivă a copiilor la vârsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani şi 5 ani şi cuprinde aceleaşi examinări şi înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera c, la care se adaugă:
● evaluarea practicilor nutriţionale (anamneza nutriţională adresată părinţilor) şi consiliere pentru o alimentaţie sănătoasă şi comportament alimentar sănătos al întregii familii;
● continuă profilaxia rahitismului numai în perioadele reci ale anului (septembrie - aprilie);
● evaluarea dentiţiei şi igiena orală, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare;
● evaluare şi consiliere pentru activitatea fizică;
● evaluare şi consiliere pentru dezvoltarea neuro-psiho-emoţională;
● screening-ul tulburărilor de vedere şi măsurarea TA (cel puţin o dată în interval);
● sfaturi de conduită date mamelor şi familiei pentru situaţii frecvente la această vârstă (prevenirea accidentelor, conduita în afecţiunile obişnuite vârstei, recunoaşterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);
● identificarea eventualelor deficienţe 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 şi 3 ani.
Pentru un scor care indică un risc mediu şi sever se recomandă trimiterea către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică.
În cadrul consultaţiilor preventive, copii beneficiază de investigaţiile paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. a) şi nota 2 de la pct. 1.2.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individul, nu a efectuat aceste investigaţii.
e. Consultaţia preventivă a copiilor la vârsta de 6 ani, 7 ani, 8 ani, 10 ani şi 11 ani, cuprinde aceleaşi examinări şi înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera d, la care se adaugă:
● screening-ul obezităţii prin utilizarea indicelui de masă corporală - (IMC)
● evaluarea dezvoltării pubertare - scala Tanner
● mesaje de consiliere ţintite pentru copii privind stilul de viaţă sănătos (activitate fizică, nutriţie, prevenire accidente, uzul de substanţe)
● examenul de bilanţ fundamental, la împlinirea vârstei de intrare în clasa pregătitoare, cu alcătuirea fişei de înscriere a copilului, care să cuprindă schema de vaccinare efectuată
În cadrul consultaţiilor preventive copiii beneficiază de investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. b) şi nota 2 de la pct. 1.2.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individul, nu a efectuat aceste investigaţii.
f. Consultaţia preventivă a copiilor la vârsta de 12 ani, 13 ani, 14 ani, 15 ani, 16 ani şi 17 ani cuprinde aceleaşi examinări şi înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera e, la care se adaugă:
● consiliere şi screening ITS, după debutul vieţii sexuale
● screening-ul depresiei
● informarea fetelor şi părinţilor privind beneficiile vaccinării opţionale anti-HPV
● consiliere privind stilul de viaţă sănătos: activitate fizică, nutriţie, prevenire accidente, fumat, alcool, droguri, violenţă
● consiliere pentru planificare familială (adolescenţi care au început viaţa sexuală)
În cadrul consultaţiilor preventive copiii beneficiază de investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. c) şi nota 2 de la pct. 1.2.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individul, nu a efectuat aceste investigaţii.
B. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU ADULŢI ASIMPTOMATICI
Consultaţia de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic are ca scop identificarea şi intervenţia asupra riscurilor modificabile asociate afecţiunilor cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare şi metabolice, cancer, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii.
Evaluarea complexă a riscului individual în funcţie de vârstă/sex se realizează prin consultaţie şi/investigaţii specifice consemnate în riscogramă.
B1. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual a adultului asimptomatic cu vârsta între 18 şi 39 ani
În cadrul consultaţiilor preventive asiguraţii asimptomatici beneficiază de investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. a) şi b) şi nota 2 de la pct. 1.2.3. din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individul, nu a efectuat aceste investigaţii.
Riscograma va cuprinde următoarele:
a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătăţii (stilul de viaţă)
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 pacienţilor într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
● aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viaţă, individualizat, în funcţie de mărimea riscului stabilit;
● includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienţilor cu risc cardiovascular înalt (SCORE >/= 5 sau factori individuali crescuţi)
În riscogramă vor fi consemnate următoarele:
1. Factorii de risc
● la toţi pacienţii: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbaţi, < 65 ani la femei) şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic
● colesterolul total şi glicemia pentru persoane care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30, istoric familial de deces prematur prin boală cardiovasculară şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic
● creatinina serică - toate persoanele cu TA > 140/90
2. Calcularea şi comunicarea riscului relativ utilizând Diagrama SCORE de mai jos:



b - roşu închis
c - roşu
d - portocaliu
e - galben
f - verde

3. Intervenţii asupra riscurilor modificabile:
● persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate după cum urmează:
- pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% şi mai mare 1% - se formulează recomandări referitoare la stilul de viaţă; evaluarea se va realiza anual.
- pentru RCV < 1% reevaluarea riscului total se realizează o dată la 3 ani.
● persoanele cu Risc 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 consultaţii de management de caz).
NOTĂ: Sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu următoarele afecţiuni: 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 şi necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultaţiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.
c. Evaluarea Riscului Oncologic
În riscogramă vor fi consemnate:
1. Factorii de risc:
● antecedentele personale şi heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiaţie directă
● expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viaţă

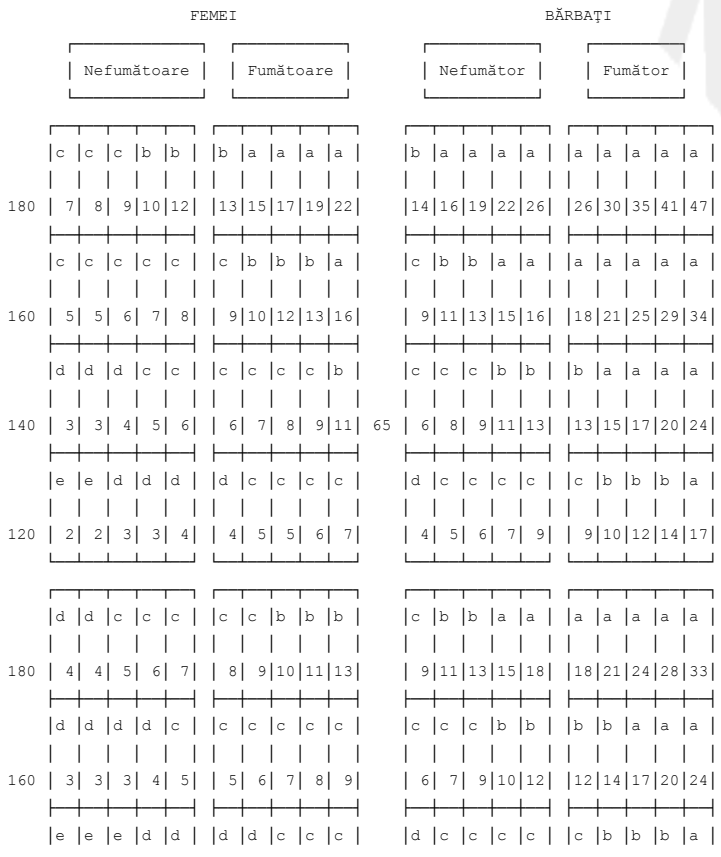
2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:
● includerea persoanelor eligibile pentru intervenţii de screening populaţional în programele naţionale de sănătate adecvate
● trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colorectal, ovarian etc.)
● intervenţii preventive scadente la populaţia cu risc normal:
- femei 25 - 39 ani - data ultimului test Babeş-Papanicolau
d. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală
d.1. Factorii de risc:
d.1.1. antecedente personale şi heredocolaterale de adicţie la rudele de gradul I prin filiaţie 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 consumaţi o băutură conţinând 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*) consumaţi într-o zi obişnuită, atunci când beţi?
Notă

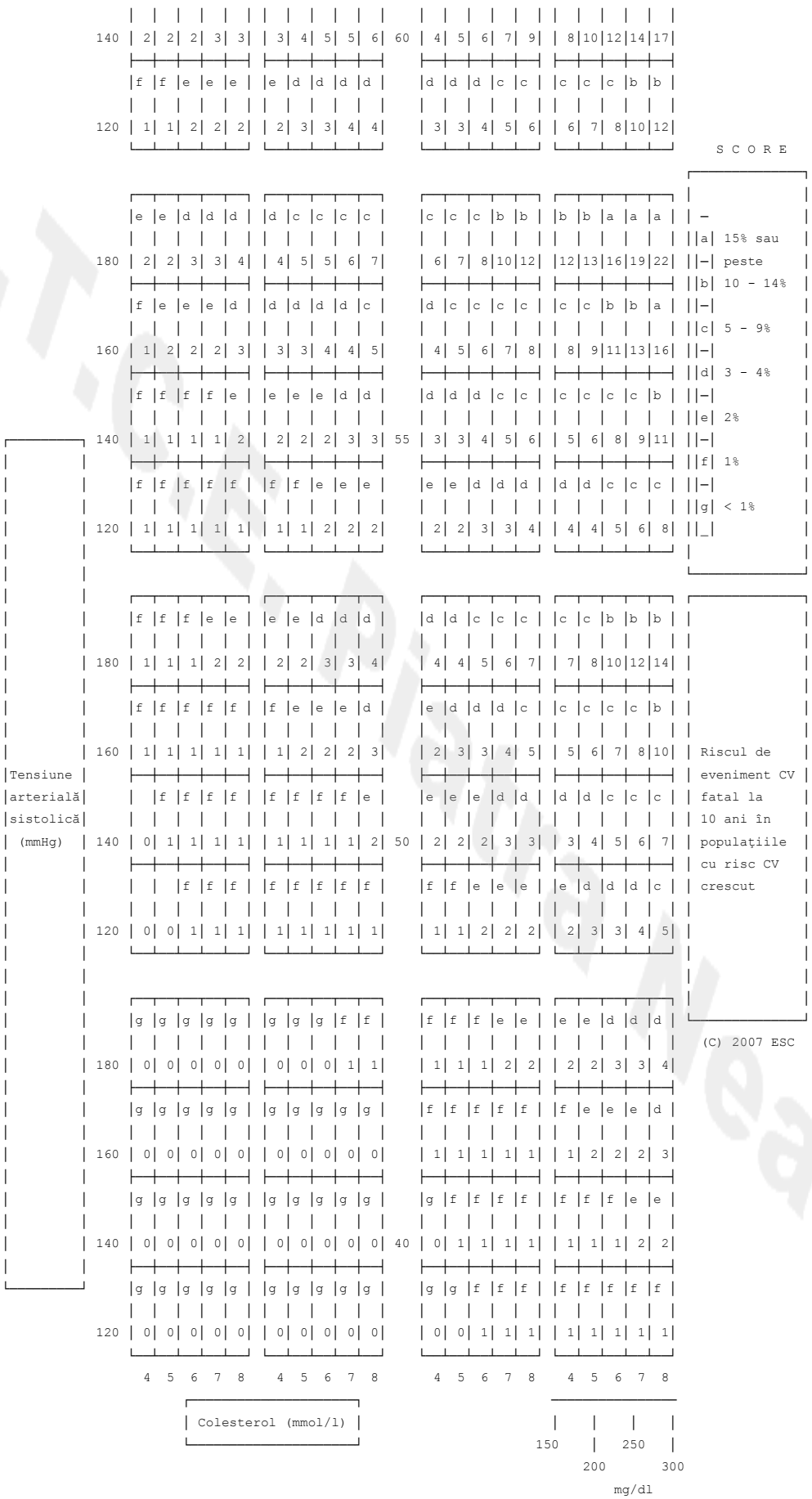
*) o băutură standard conţine 12 g alcool pur şi este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tărie a 40 ml

a. una sau două - 0 puncte
b. trei sau patru - 1 punct
c. cinci sau şase - 2 puncte
d. şapte sau nouă - 3 puncte
e. zece sau mai mult - 4 puncte
3. Cât de des beţi 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 bărbaţi şi 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-aţi pierdut interesul sau plăcerea pentru activităţile obişnuite în ultima lună ? [] DA [] NU
2. V-aţi simţit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună? [] DA [] NU
Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie şi impune trimiterea la consultaţii de specialitate de psihiatrie.
2. În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool şi riscul de depresie
3. Intervenţii asupra riscurilor:
- Sfat minimal în ceea ce priveşte consumul inadecvat de alcool
- Selectarea cazurilor eligibile şi trimitere pentru consiliere şi consultaţii 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 infecţii de boli cu transmitere sexuală la populaţia cu risc înalt
e.2. În riscogramă vor fi consemnate:
● la femei 18 - 39 ani: statusul privind intenţia de sarcină, utilizarea unei metode de contracepţie;
● femei şi bărbaţi de toate vârstele: statusul privind situaţia de cuplu (partener stabil, partener nou, relaţii multiple)
e.3. Intervenţie asupra riscurilor:

● femei 18 - 39 ani: consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate şi 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. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani şi peste
În cadrul consultaţiilor preventive asiguraţii asimptomatici beneficiază de investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. c) şi nota 2 de la pct. 1.2.3. din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individul, nu a efectuat aceste investigaţii.
a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătăţii (stilul de viaţă)
● consemnarea statusului curent privind:
- fumatul (pachete/an)
- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat, prevăzut la punctul B1 subpunctul d.1.2.
- 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) prevăzută mai jos;
● încadrarea pacienţilor într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
● aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viaţă, individualizat, în funcţie de mărimea riscului stabilit;
● includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienţilor cu risc cardiovascular înalt (SCORE >/= 5 sau factori individuali crescuţi)
- 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 toţi pacienţii: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbaţi, < 65 ani la femei) şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
● colesterolul total pentru bărbaţii cu vârsta mai mare de 40 ani şi 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 şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic
● creatinina serică - toate persoanele cu TA > 140/90

Font 8





a - maro
b - roşu închis
c - roşu
d - portocaliu
e - galben
f - verde
g - verde închis

C.T.C.E. Piatra Neamţ

2. Intervenţii asupra riscurilor modificabile:
● persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate, după cum urmează:
- pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% şi mai mare 1% se formulează recomandări referitoare la stilul de viaţă evaluarea se va realiza anual.
- 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 consultaţii de management de caz).
NOTĂ: sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu următoarele afecţiuni: 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 şi necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultaţiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.
c. Evaluarea Riscului Oncologic
În riscogramă vor fi consemnate:
1. Factorii de risc:
● antecedentele personale şi heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiaţie directă
● expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viaţă
● antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerele incluse în programele naţionale de sănătate
2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:
● includerea persoanelor eligibile pentru intervenţii de screening populaţional în programele naţionale de sănătate adecvate
● trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colo-rectal, ovarian etc.)
● intervenţii preventive scadente la populaţia cu risc normal:
- femei 40 - 64 ani - data ultimului test Babeş Papanicolau
d. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală
d.1. Factorii de risc:
d.1.1. antecedente personale şi heredo-colaterale de adicţie (rudele de gradul I prin filiaţie 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 consumaţi o băutură conţinând 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*) consumaţi într-o zi obişnuită, atunci când beţi?
Notă

*) o băutură standard conţine 12 g alcool pur şi 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 şase - 2 puncte
d. şapte sau nouă - 3 puncte
e. zece sau mai mult - 4 puncte
3. Cât de des beţi 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 bărbaţi şi 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-aţi pierdut interesul sau plăcerea pentru activităţile obişnuite în ultima lună ? [] DA [] NU
2. V-aţi simţit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună ? [] DA [] NU
Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie şi impune trimiterea la consultaţii de specialitate de psihiatrie.
În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool şi riscul de depresie.
Intervenţii asupra riscurilor:
- sfat minimal în ceea ce priveşte consumul inadecvat de alcool
- selectarea cazurilor eligibile şi trimitere pentru consiliere şi consultaţii 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 infecţii de boli cu transmitere sexuală la populaţia cu risc înalt
e.2. În riscogramă vor fi consemnate:
● La femei 40 - 44 ani: statusul privind intenţia de sarcină, utilizarea unei metode de contracepţie
e.3. Intervenţie asupra riscurilor:
● Femei 40 - 44 ani - consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate şi nu folosesc nicio metodă contraceptivă; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifică o sarcină
NOTĂ: În cadrul consultaţiei preventive conform celor de mai sus, se pot elibera bilete de trimitere în ambulatoriu pentru specialităţile clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii paraclinice şi prescripţii medicale pentru profilaxia anemiei la gravide şi a rahitismului şi 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 .....
Judeţ .....

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 AFECŢIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENŢĂ 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 evidenţa 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 bronşic			
1.			
2			
...			
6. Boală cronică de rinichi			
1.			
2			
...			

Notă

*) Se va menţiona vârsta împlinită a persoanei cu afecţiune cronică. Pentru asiguraţii 0 - 1 an se va completa vârsta în luni.

NOTE:

1. În situaţia în care o persoană prezintă mai multe afecţiuni incluse în listă, evidenţa va conţine raportarea distinctă pentru fiecare afecţiune în parte.
2. În cazul medicului de familie, evidenţa cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie şi care prezintă una sau mai multe din afecţiunile enumerate.
3. În cazul medicului de specialitate din ambulatoriu, evidenţa cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare şi care se prezintă pentru consultaţie 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 şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Data: .....

Anexa 3

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistenţa medicală primară

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., tel./fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Cabinetul medical de asistenţă 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, înfiinţată potrivit Legii societăţilor nr. 31/1990 republicată, cu modificările şi completările ulterioare ....., reprezentată prin .....,

- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin .....
având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail ....., şi 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 asistenţa medicală primară, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.
III. Servicii medicale furnizate

Articolul 2

Serviciile medicale furnizate în asistenţa medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază şi în pachetul minimal de servicii prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Articolul 3

Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, 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 şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum şi pentru pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, 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/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană 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/Spaţiului Economic European /Confederaţia Elveţiană 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/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE 883/2004, înscrise pe lista proprie;
IV. Durata contractului

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2015.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400 /2014, cu modificările şi completările ulterioare.
V. Obligaţiile părţilor
A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate; 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 condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, 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, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la 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 Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, dispozitive medicale şi îngrijiri medicale la domiciliu, acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale şi/sau prescripţiilor medicale eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripţiilor medicale şi recomandărilor. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

i) să comunice în format electronic furnizorilor, motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situaţia 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 condiţiile de asigurat şi persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condiţiile legii;

k) să facă publică valoarea definitivă a punctului per capita şi pe serviciu, rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor per capita şi per serviciu, prin afişare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât şi pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, precum şi numărul total la nivel naţional de puncte realizate trimestrial, atât per capita, cât şi pe serviciu, afişat pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

l) să ţină evidenţa distinctă a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcţie de casele de asigurări de sănătate la care aceştia se află în evidenţă. Pentru asiguraţii care se află în evidenţa Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi care sunt înscrişi pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti, confirmarea calităţii de asigurat se face de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, pe

bază de tabel centralizator transmis lunar, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic. Pentru persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care se află în evidenţa caselor de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti şi care sunt înscrise pe listele medicilor de familie aflaţi în relaţie contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, confirmarea dreptului de asigurare se face de către casele de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti, pe bază de tabel centralizator transmis lunar, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic;

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

n) să monitorizeze perioadele de absenţă 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 cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

p) să aducă la cunoştinţa 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, cu modificările şi completările ulterioare, posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie şi să pună la dispoziţia acestora lista medicilor de familie aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum şi a cabinetelor medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

Articolul 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

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

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

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi şi persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum şi intimitatea şi 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 însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialităţi 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 şi tratate în ambulatoriu; pentru urgenţele medico-chirurgicale şi pentru bolile cu potenţial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgenţă, medicul de familie eliberează o scrisoare medicală în acest sens;

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

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

i) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H. G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

l) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope până la data implementării prescripţiei electronice pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ţară, şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul, ca o consecinţă 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 investigaţii paraclinice, de la data la care acesta se implementează;

n) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

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

p) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;

q) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400 /2014, cu modificările şi completările ulterioare;

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, conform dispoziţiilor legale;

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

t) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

ţ) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea 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 specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate /eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menţionate anterior, de la data la care acestea se implementează;

w) să recomande asiguraţilor tratamentul, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile 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 îşi desfăşoară 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 şi pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

aa) să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază, în limita competenţei 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 funcţie de mişcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, precum şi să actualizeze lista proprie în funcţie de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;

ac) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după naşterea copilului, dacă părinţii nu au altă opţiune exprimată în scris; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicaţia informatică a medicului şi 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 şi lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultaţie în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora;

ae) să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinţilor sau a aparţinătorilor legali, şi nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;

af) să respecte dreptul asiguratului de a-şi schimba medicul de familie după expirarea a cel puţin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situaţia în care nu se respectă această obligaţie, 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 doreşte să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cardului naţional de asigurări sociale de sănătate şi a cererii de înscriere prin transfer. Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conştiinţă refuză cardul naţional sau pentru persoanele cărora li se va emite card naţional duplicat, precum şi pentru copii 0-18 ani schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer. Asiguratul îşi poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni, în următoarele situaţii: decesul medicului pe lista căruia se află înscris, medicul de familie nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi în situaţia în care a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se afla înscris;

ag) să prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, unele materiale sanitare, precum şi investigaţii paraclinice numai ca o consecinţă a actului medical propriu. Excepţie fac situaţiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum şi situaţiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum şi medicul de medicina muncii sunt obligaţi 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 ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situaţia în care în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital nu există menţiunea privind eliberarea prescripţiei 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 ieşire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi/sau este eliberată de medici care nu desfăşoară activitate în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situaţia în care medicul de familie prescrie medicamente cu şi fără contribuţie 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 situaţia în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asiguraţi a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera, prescripţie medicală pentru medicamentele şi materialele sanitare din programele naţionale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum şi pentru medicamentele aferente afecţiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ah) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital comunicat de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

ai) să întocmească bilet de trimitere către societăţi de turism balnear şi de recuperare şi să consemneze în acest bilet sau să ataşeze, în copie, rezultatele investigaţiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum şi data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situaţia ataşării la biletul de trimitere a rezultatelor investigaţiilor, medicul va menţiona pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigaţiilor şi va informa asiguratul asupra obligativităţii de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

aj) să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiuni cronice şi să raporteze în format electronic această evidenţă casei de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista, cât şi modificările ulterioare privind mişcarea lunară a bolnavilor cronici. Condiţiile desfăşurării acestei activităţi şi lista afecţiunilor cronice sunt prevăzute în anexa nr. 2 D la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400 /2014, cu modificările şi completările ulterioare;

ak) în cazul încetării/rezilierii contractului/convenţiei, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul /convenţia încheiat/încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară sunt obligaţi să anunţe 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 şi care nu se mai află în relaţie 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 naţional de asigurări sociale de sănătate acest document/ adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ao) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

ap) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line şi prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

aq) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul

informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.

VI. Modalităţi de plată

Articolul 8

Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt:

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

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

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

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 11 de la capitolul I din anexa nr. 2 la H. G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare:

DA/NU .....

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

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 14 de la capitolul I din anexa nr. 2 la H. G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare care încheie contract după expirarea convenţiei de furnizare de servicii medicale, convenţie încheiată pe o perioadă de maximum 3 luni:

DA/NU .....

Perioada de plată în condiţiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare: de la ..... până la .....

1.4. Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe ţară, este de 4 lei, valabilă pentru anul 2015.

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 sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare se ajustează în raport:

a) cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie: .....%*):

Notă

---

*) Pentru cabinetele medicale organizate în localităţile care se găsesc total sau parţial în aria Rezervaţiei Biosferei "Delta Dunării" se aplică un procent de majorare de 200%, indiferent de punctajul obţinut potrivit Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. .....; în condiţiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru se stabileşte un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situaţie.

---

b) cu gradul profesional:

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

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

1.6.1 - cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 18.701 - 22.000;

1.6.2 - cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000;

1.6.3 - cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, care au cel puţin un medic angajat cu normă întreagă şi pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială/zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie,

stabilite de către comisia prevăzută la art. 1 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, se reduce după cum urmează:
- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 18.700, dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;
- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 25%;
- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 50%;
- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 30.000 puncte, numărul de puncte ce depăşeşte 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 sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare:
2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunţate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.
2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe ţară şi este de 1,9 lei, valabilă pentru anul 2015.
3. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie din componenţa 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*)
Notă
_____
*) 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/moaşă
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*)
Notă
_____
*) 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/moaşă
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
2. .....
c) .....

Articolul 9

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia 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 asistenţa medicală primară şi casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie, 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 şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea drepturilor băneşti ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor în funcţie de valoarea definitivă a punctului per capita şi 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 şi nerespectarea art. 11 alin. (2) din anexa 2 la HG nr. 400 /2014, cu modificările şi completările ulterioare, se aplică următoarele sancţiuni:

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

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - h), j) - u), w), y), aa) - ae), ah), aj), al) şi am), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguratului şi pentru unele materiale sanitare, precum şi de investigaţii paraclinice, care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art. 7 lit. ag), se aplică următoarele sancţiuni:

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 situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(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 Naţionale 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 situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

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

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

(7) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (6), nerespectarea obligaţiei de la art. 7 lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line şi pentru prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope.

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

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

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (3) - (6), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa 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 obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauză specială

Articolul 12

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

X. Rezilierea, încetarea şi 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 situaţii:

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

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

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

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

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

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi 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/cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. z) şi af) şi a nerespectării obligaţiei prevăzută la art. 6 alin. (2) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

j) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 9 alin. (3), (4) şi (6) pentru oricare situaţie, precum şi 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 situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

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

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 15 lit. a) - cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

f) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind următoarea situaţie: în cazul în care numărul persoanelor asigurate înscrise la un medic de familie se menţine 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 nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, pentru situaţiile în care se justifică această decizie.

g) denunţarea 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 asiguraţi conform prevederilor legale în vigoare, cu excepţia situaţiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor art. 1 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, pentru situaţiile în care se justifică această decizie.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (2) şi (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 acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte 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 situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 2 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. x), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor

întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligaţiei de plată a contribuţiei la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie.

Articolul 16

Situaţiile prevăzute la art. 13 şi la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) şi 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. Situaţiile prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - subpct. a1) şi lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

Articolul 17

Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi 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 părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

Articolul 18

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

Articolul 19

Valoarea definitivă a unui punct per capita şi a unui punct pe serviciu medical este cea calculată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu este element de negociere între părţi.

Articolul 20

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

Articolul 21

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIII. Soluţionarea litigiilor

Articolul 22

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

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al	

Direcţiei economice,
.....
Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale,
.....
Vizat
Juridic, Contencios
.....

ACT ADIŢIONAL
pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen şi pelvis), spirometrie şi/sau efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate efectuate de medicii de familie.
Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

Anexa 4

- model -
Vizat
Casa de Asigurări de Sănătate .....
CONVENŢIE DE ÎNLOCUIRE*)
(anexă la Contractul de furnizare de servicii
medicale din asistenţa medicală primară nr. .....)

Notă

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

între reprezentantul legal al cabinetului medical şi medicul înlocuitor
I. Părţile convenţiei de înlocuire:
Dr. ....(numele şi prenumele)....,
reprezentant legal al cabinetului medical ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţ/sector ....., telefon: fix, mobil, ... adresa de e-mail ..... fax ....., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa 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 şi prenumele).....
şi
Medic înlocuitor ....(numele şi prenumele).....,
Codul de parafă .....
Codul numeric personal .....
cu Licenţa de înlocuire temporară ca medic de familie nr. .....
II. Obiectul convenţiei:
1. Preluarea activităţii medicale a medicului de familie ....., cu contractul nr. ....., pentru o perioadă de absenţă de ....., de către medicul de familie ..... .
2. Prezenta convenţie se depune la casa de asigurări de sănătate odată cu înregistrarea primei perioade de absenţă în cadrul derulării contractului şi se actualizează, după caz.
III. Motivele absenţei
1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an .....
2. vacanţă 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 funcţii de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an .....
5. participări la manifestări organizate pentru obţinerea de credite de educaţie medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an .....
6. citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective.
IV. Locul de desfăşurare a activităţii
Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical - (al medicului înlocuit) - .....
V. Obligaţiile medicului înlocuitor
Obligaţiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit şi casa de asigurări de sănătate.

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.
VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor
1. Venitul "per capita" şi pe serviciu medical pentru perioada de absenţă 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 convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi, ..., în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. ..... al medicului înlocuit şi câte un exemplar revine părţilor semnatare.

Reprezentantul legal al cabinetului medical,	Medicul înlocuitor
.....	.....

Vizat,
Casa de Asigurări de Sănătate.....
CONVENŢIE DE RECIPROCITATE *)
încheiată în conformitate cu prevederile Art. 3 (3) din Anexa 2 a Ordinului nr. ..... privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările şi completările ulterioare
I. Părţile convenţiei de reciprocitate:
Dr. ....., cu CNP ....., reprezentant legal al cabinetului medical ....., C.U.I. ....., cu sediul în localitatea ....., adresa cabinetului medical ..... judeţul ....., telefon: ....., având contractul nr. ..... de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ....., în calitate de medic înlocuit.
şi
Dr. ....., cu CNP ....., reprezentant legal al cabinetului medical ....., C.U.I. ....., cu sediul în localitatea ....., adresa cabinetului medical ..... judeţul ....., telefon: ....., având contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ..... nr. ....., în calitate de medic înlocuitor.
II. Obiectul convenţiei:
Preluarea activităţii medicale în perioada ....., pentru un nr. de ... zile lucrătoare.
III. Motivele absenţei
1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an .....
2. vacanţă 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 funcţii de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an .....
5. participări la manifestări organizate pentru obţinerea de credite de educaţie medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an .....
6. citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective.
IV. Locul de desfăşurare a activităţii:
Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical ....., adresa cabinetului ....., medicul înlocuitor prelungindu-şi programul de lucru după necesităţi.
V. Obligaţiile medicului înlocuitor:
În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii şi formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.
VI. Prezenta convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi, ..., în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. ..... şi câte un exemplar revine părţilor semnatare.

Medic înlocuit,	Medic înlocuitor,

Notă

Precizări:
*) Convenţia de reciprocitate se încheie pentru perioade de absenţă mai mici de 30 de zile lucrătoare.
Înlocuirea medicului absent pe baza de reciprocitate se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice, pe an calendaristic.

Pentru situaţiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigurări de sănătate, cu cel puţin o zi lucrătoare anterior perioadei de absenţă, un exemplar al convenţiei de reciprocitate şi va afişa la cabinetul medical numele şi programul medicului înlocuitor, precum şi adresa cabinetului unde îşi desfăşoară activitatea.

Anexa 5

- model -

CONVENŢIE DE ÎNLOCUIRE*)
(anexă la Contractul de furnizare de servicii
medicale din asistenţa medicală primară nr. .....)
între casa de asigurări de sănătate şi
medicul înlocuitor

Notă

---

*) Convenţia de înlocuire se încheie pentru perioade de absenţă mai mari de două luni/an.

I. Părţile convenţiei de înlocuire:
Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon: fix, mobil ..... adresa de e-mail ..... fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....
pentru
Medicul înlocuit ..(numele şi prenumele).....
din cabinetul medical ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa 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 şi prenumele)....,
având codul numeric personal nr. .....
şi
Medic înlocuitor ....(numele şi prenumele)....,
Codul de parafă .....
Codul numeric personal .....
Licenţa de înlocuire temporară ca medic de familie nr. ..... sau contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară încheiat cu casa de asigurări de sănătate nr. ....
II. Obiectul convenţiei
Preluarea activităţii medicale a medicului de familie ....., cu contract nr. ....., pentru o perioadă de absenţă de ....., de către medicul de familie .....
III. Motivele absenţei:
1. incapacitate temporară de muncă, care depăşeşte două luni/an .....
2. concediu de sarcină sau lehuzie .....
3. concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani .....
4. perioada cât ocupă funcţii de demnitate publică alese sau numite, care depăşeşte două luni/an .....
5. perioada în care unul dintre soţi îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizaţie internaţională în străinătate .....
6. perioada de rezidenţiat în specialitatea medicină de familie sau alte studii medicale de specialitate .....
7. concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani
IV. Locul de desfăşurare a activităţii
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 îşi desfăşoară activitatea.**)

Notă

**) Pentru situaţia în care preluarea activităţii s-a făcut de către un medic aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, programul de activitate al medicului înlocuitor se prelungeşte corespunzător, în funcţie de necesităţi.

V. Obligaţiile medicului înlocuitor

Obligaţiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit şi casa de asigurări de sănătate.
Medicul înlocuitor are obligaţia faţă de cabinetul medical al medicului înlocuit de a suporta cheltuielile de administrare şi de personal care reveneau titularului cabinetului respectiv.
În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.
VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor
1. Veniturile "per capita" şi pe serviciu aferente perioadei de absenţă se virează de casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr. ....., deschis la Banca ..... /Trezoreria statului.
2. Pentru punctajul "per capita" şi punctajul pe serviciu, se va lua în calcul gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenţiei.
3. Termenul de plată .....
4. Documentul de plată .....
VII. Prezenta convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi, ..., în două exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. ..... al medicului înlocuit şi un exemplar revine medicului înlocuitor.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Preşedinte - director general, ... Director executiv al Direcţiei economice	Medicul înlocuitor, ... De acord, Reprezentant legal al cabinetului medical***) .....

Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale,
.....
Vizat
Juridic, Contencios

Notă

***) Cu excepţia situaţiilor în care acesta se află în imposibilitatea de a fi prezent.

Anexa 6

- model -
CONVENŢIE DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală primară
I. Părţile contractante
Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. .... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,
şi
Unitatea sanitară de asistenţă medicală primară ....., cu sau fără punct de lucru secundar ....., reprezentată prin ....., având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon ....., şi sediul punctului de lucru secundar în comuna ....., str. ..... nr. ..., telefon: fix/mobil ....., adresă de e-mail .....
II. Obiectul convenţiei

Articolul 1

Obiectul prezentei convenţii îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.
III. Servicii medicale furnizate

Articolul 2

(1) Serviciile medicale furnizate în asistenţa medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază şi în pachetul minimal de servicii medicale prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, 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 şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum şi pentru pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, 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/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană 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/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană 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/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană beneficiari ai formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului CE 883/2004, înscrise pe lista proprie.

IV. Durata convenţiei

Articolul 3

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

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 4

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie convenţii numai cu furnizorii de servicii medicale autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii convenţiilor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în convenţie, pe baza facturii însoţită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate; 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 condiţiile de încheiere a convenţiilor a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, 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, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la 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 Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale

sanitare, dispozitive medicale şi îngrijiri medicale la domiciliu, acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale şi/sau prescripţiilor medicale eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripţiilor medicale şi recomandărilor. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

i) să comunice furnizorilor motivarea în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situaţia 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 asistenţei medicale paraclinice, contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora şi au competenţa legală necesară după caz;

k) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

l) să aducă la cunoştinţa 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, cu modificările şi completările ulterioare, posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie şi să pună la dispoziţia acestora lista medicilor de familie aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum şi a cabinetelor medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

Articolul 5

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

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

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

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi şi persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum şi intimitatea şi 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 convenţiei de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi a Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenţiei cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialităţi 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 şi tratate în ambulatoriu; pentru urgenţele medico-chirurgicale şi pentru bolile cu potenţial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgenţă, medicul de familie eliberează o scrisoare medicală în acest sens;

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

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

i) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de

Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin convenţia încheiată cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

l) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenţiei cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, până la data implementării prescripţiei electronice pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ţară, şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenţiei cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

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

p) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;

q) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, conform dispoziţiilor legale;

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

t) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

ţ) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea 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 specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate /eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menţionate anterior, de la data la care acestea se implementează;

w) să recomande asiguraţilor tratamentul, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

x) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a convenţiei dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

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 şi pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

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

ab) să îşi constituie o listă proprie cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale şi 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 înscrişi pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după naşterea copilului, dacă părinţii nu au altă opţiune exprimată în scris; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicaţia informatică a medicului şi 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 şi lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultaţie în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora;

ae) să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinţilor sau a aparţinătorilor legali, şi nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;

af) să prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, unele materiale sanitare, precum şi investigaţii paraclinice numai ca o consecinţă a actului medical propriu. Excepţie fac situaţiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum şi situaţiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum şi medicul de medicina muncii sunt obligaţi 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 ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situaţia în care în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital nu există menţiunea privind eliberarea prescripţiei 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 ieşire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi/sau este eliberată de medici care nu desfăşoară activitate în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situaţia în care medicul de familie prescrie medicamente cu şi fără contribuţie 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 situaţia în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată înscris pe lista proprie de asiguraţi a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera, prescripţie medicală pentru medicamentele şi materialele sanitare din programele naţionale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum şi pentru medicamentele aferente afecţiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condiţiile

prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ag) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital comunicat de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

ah) să întocmească bilet de trimitere către societăţi de turism balnear şi de recuperare şi să consemneze în acest bilet sau să ataşeze, în copie, rezultatele investigaţiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum şi data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situaţia ataşării la biletul de trimitere a rezultatelor investigaţiilor, medicul va menţiona pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigaţiilor şi va informa asiguratul asupra obligativităţii de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

ai) să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiunile cronice prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi să raporteze această evidenţă la casa de asigurări de sănătate, la sfârşitul primei luni - lista cât şi modificările ulterioare privind mişcarea lunară a bolnavilor cronici. Condiţiile desfăşurării acestei activităţi şi lista afecţiunilor cronice sunt prevăzute în anexa nr. 2 D la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

aj) în cazul încetării/rezilierii convenţiei, respectiv al excluderii medicului/medicilor din convenţia încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară sunt obligaţi să anunţe 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 şi care nu se mai află în relaţie 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 naţional de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

an) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line şi prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ap) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card

naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, în vederea acordării serviciilor medicale.

VI. Modalităţi de plată

Articolul 6

(1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară pentru medicii nou-veniţi sunt:

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

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim şi cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obţinut de medic, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

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

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie nou-venit în componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat convenţia:

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 condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit ..... lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plăteşte la data de ....., pe baza facturii şi 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 condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit ..... lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plăteşte la data de ....., pe baza facturii şi 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 şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

c) .....

Articolul 7

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

a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) şi b) din H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, 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) şi b) din H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

(2) În cazul în care în derularea convenţiei se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 5 lit. a) - c), e) - h), j) - u), w), y), aa) - ae), ag), ai), ak) şi al), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul,

precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguratului şi pentru unele materiale sanitare, precum şi de investigaţii paraclinice, care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art. 5 lit. af), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) şi b) din H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(3) În cazul în care în derularea convenţiei se constată în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate că serviciile raportate conform convenţiei 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) şi b) din H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(4) În cazul în care în derularea convenţiei se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 5 lit. ao), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) şi b) din H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, 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) şi b) din H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligaţiei de la art. 5 lit. ao) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line şi pentru prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope.

(6) Reţinerea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie 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 relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

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

VII. Calitatea serviciilor

Articolul 8

Serviciile medicale furnizate în baza prezentei convenţii trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 9

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauză specială

Articolul 10

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării convenţiei şi care împiedică executarea acesteia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

X. Încetarea, rezilierea şi suspendarea convenţiei

Articolul 11

Convenţia 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 situaţii:

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

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

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

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

e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform convenţiei, 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 dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform convenţiilor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

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

h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în convenţia 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, convenţia se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 5 lit. z) şi a nerespectării obligaţiei prevăzută la art. 6 alin. (2) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

j) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 7 alin. (1), (2) şi (4) pentru oricare situaţie, precum şi odată cu prima constatare, după aplicarea măsurii prevăzute la art. 7 alin. (3).

Articolul 12

(1) Convenţia de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a convenţiei de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea convenţiei, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a convenţiei de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a convenţiei în condiţiile art. 13 lit. a) - cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care convenţia dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin convenţia încheiată, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării convenţiei.

(3) În cazul în care convenţia dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din convenţie a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în convenţia încheiată cu casa de asigurări

de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acesteia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract/convenţie de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării convenţiei.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (2) şi (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 acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

Articolul 13

Convenţia se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 2 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 5 lit. x), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a convenţiei;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligaţiei de plată a contribuţiei la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie.

Articolul 14

Situaţiile prevăzute la art. 11 şi 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.

Situaţiile prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a1) şi lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

XI. Corespondenţa

Articolul 15

Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul cabinetului medical declarat în convenţie.

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

XII. Modificarea convenţiei

Articolul 16

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

Articolul 17

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

XIII. Soluţionarea litigiilor

Articolul 18

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentei convenţii vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

Prezenta convenţie 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
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei economice	
.....	
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	

ACT ADIŢIONAL

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

Anexa 7

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ŞI
DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN
AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE CLINICE

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE CLINICE

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

1.1 consultaţii pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală

1.2 consultaţii pentru supravegherea şi depistarea de boli cu potenţial endemo-epidemic

1.3 consultaţii de supraveghere a evoluţiei sarcinii şi lehuziei

1.1 Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de specialitate. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care medicul de specialitate acordă primul ajutor şi dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările şi completările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTĂ: Consultaţia include toate serviciile medicale necesare, în limita competenţei medicului de specialitate acordate pentru rezolvarea situaţiei care pune în pericol viaţa pacientului şi/sau bilet de trimitere pentru internare în spital pentru cazurile care depăşesc posibilităţile de rezolvare în ambulatoriul de specialitate.

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

1.1.2. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2 Depistarea bolilor cu potenţial endemo-epidemic - include, după caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare şi tratament. Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 1186/2000.

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

1.2.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3 Consultaţii pentru supravegherea evoluţiei sarcinii şi lehuziei - o consultaţie pentru fiecare trimestru de sarcină şi o consultaţie în primul trimestru de la naştere.

1.3.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrică ginecologie din ambulatoriu.
2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale, suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris de medicii de specialitate.
B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE CLINICE
1. Pachetul de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie pentru specialităţile clinice cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:
1.1. servicii medicale - consultaţii pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală,
1.2. servicii medicale curative - consultaţii pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale bolilor cronice
1.3. servicii medicale curative - consultaţii pentru afecţiuni cronice
1.4. depistarea de boli cu potenţial endemo-epidemic
1.5. servicii de planificare familială
1.6. servicii diagnostice şi terapeutice
1.7. servicii de sănătate conexe actului medical
1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii şi lehuziei
1.1 Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală
asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de specialitate. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, pentru care medicul de specialitate acordă primul ajutor şi dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.
1.1.1 Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu excepţia copiilor 0-18 ani pentru care se decontează maximum 2 consultaţii.
Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii. Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 16 ani, care se prezintă în regim de urgenţă la medicii din specialităţile clinice, aceştia pot elibera prescripţii medicale pentru o perioadă de 3 zile.
Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca "urgenţă" de către medicul de specialitate în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.
1.1.2. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.
1.2 Consultaţia medicală de specialitate pentru afecţiuni acute şi subacute precum şi acutizări ale bolilor cronice, cuprinde:
- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialităţii respective, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi 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 specialităţi, după caz;
- bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, după caz;
- eliberare de concediu medical, după caz.
1.2.1: Pentru acelaşi episod de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice, pe un bilet de trimitere, se decontează maximum 3 consultaţii pe asigurat, într-un interval de maxim 60 de zile calendaristice de la data acordării primei consultaţii, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului, indiferent de codul de diagnostic stabilit de către medicul de specialitate din specialităţile clinice.
1.2.2: Consultaţia 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 iniţial eliberat de

medicul de familie şi numai în condiţiile în care medicul trimiţător se află în relaţie contractuală - contract sau convenţie - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepţie de la prevederile anterioare consultaţiile pentru afecţiunile stabilite în anexa nr. 13, 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 şi a treia consultaţie în vederea stabilirii diagnosticului şi/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.
1.2.4: Pentru asiguraţii cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se decontează maximum două consultaţii pentru:
- urmărirea evoluţiei sub tratamentul stabilit în cursul internării
- efectuarea unor manevre terapeutice
- după o intervenţie chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.
1.2.4.1: Medicul de specialitate are obligaţia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit iniţial precum şi orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.
1.2.4.2: Pentru situaţiile prevăzute la punctul 1.2.4 nu este necesar bilet de trimitere.
1.3 Consultaţia medicală de specialitate pentru afecţiuni cronice, cuprinde:
- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialităţii respective, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;
- evaluare clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei bolnavilor cu afecţiuni cronice, în limita competenţelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare.
- bilet de trimitere către alte specialităţi/internare, după caz.
- eliberare de concediu medical, după caz.
1.3.1: Pentru evaluarea clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei asiguraţilor cu afecţiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice tratate în cadrul aceleiaşi specialităţi, se decontează pe un bilet de trimitere maximum 4 consultaţii/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultaţii pe lună.
1.3.2: Consultaţia 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 iniţial eliberat de medicul de familie şi numai în condiţiile în care medicul trimiţător se află în relaţie contractuală - contract sau convenţie - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepţie de la prevederile anterioare consultaţiile pentru afecţiunile stabilite în anexa nr. 13 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, a treia şi a patra consultaţie în cadrul unui trimestru, se face direct, fără alt bilet de trimitere.
1.3.4: Pentru asiguraţii cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se acordă maximum două consultaţii pentru:
- urmărirea evoluţiei sub tratamentul stabilit în cursul internării
- efectuarea unor manevre terapeutice
- după o intervenţie chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.
1.3.4.1: Medicul de specialitate are obligaţia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit iniţial precum şi orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.
1.3.4.2: Pentru situaţiile de la 1.3.4 nu este necesar bilet de trimitere.
1.3.5: Pentru asiguraţii care au bilet de trimitere de la medicul de familie - consultaţie management de caz, - în cadrul managementului integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, al bolilor respiratorii cronice - astm bronşic şi BPOC, al bolii cronice de rinichi, medicul de specialitate acordă consultaţie şi efectuează în cabinet proceduri prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază pentru specialităţile clinice/recomandă investigaţii paraclinice suplimentare faţă de cele recomandate de medicul de familie. În biletul de trimitere pentru investigaţii paraclinice suplimentare recomandate de medicul de specialitate, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, se evidenţiază "management de caz". Se decontează maximum 2 consultaţii/semestru dacă în biletul de trimitere este evidenţiat "management de caz" pentru evaluarea bolilor cronice confirmate.
1.4 Depistarea de boli cu potenţial endemo-epidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare şi tratament. Bolile cu potenţial endemoepidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la H.G. nr. 1186/2000.
1.4.1: Se decontează o singură consultaţie per persoană asigurată pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.
1.4.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu

1.5 Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

c) evaluarea şi monitorizarea statusului genito-mamar;

d) tratamentul complicaţiilor.

1.5.1: Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a), b), c) şi d) şi se decontează patru consultaţii 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 şi terapeutice

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

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

Font 9

Nr. crt.	Denumire procedură diagnostică/terapeutică/ tratamente/terapii	Specialităţi clinice care pot efectua serviciul respectiv
A. Proceduri diagnostice simple: punctaj 10 puncte		
1.	biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia*)	oftalmologie, neurologie şi neurologie pediatrică numai pentru oftalmoscopie*)
2.	biometrie	oftalmologie
3.	explorarea câmpului vizual (perimetrie computerizată)	oftalmologie
4.	recoltare pentru test Babeş-Papanicolau	obstetrică- ginecologie
5.	EKG standard	cardiologie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie
6.	peak-flowmetrie	alergologie şi imunologie clinică, pneumologie, medicină internă
7.	spirometrie	alergologie şi imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie, pediatrie
8.	pulsoximetrie	medicină internă, geriatrie şi gerontologie, cardiologie, pneumologie, pediatrie
9.	teste cutanate (prick sau idr) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv şi negativ)	alergologie şi imunologie clinică
10.	teste de provocare nazală, oculară, bronşică	alergologie şi imunologie clinică
11.	teste cutanate cu agenţi fizici (maximum 4 teste)	alergologie şi imunologie clinică
12.	test la ser autolog	alergologie şi imunologie clinică
13.	testare cutanată la anestezice locale	alergologie şi imunologie clinică, geriatrie şi gerontologie
14.	testare cutanată alergologică patch (alergia de contact)	alergologie şi imunologie clinică
15.	examinare cu lampa wood	dermatovenerologie
16.	determinarea indicelui de presiune gleznă/braţ, respectiv deget/braţ	chirurgie, reumatologie, neurologie, neurologie pediatrică, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, medicină internă, geriatrie şi gerontologie
17.	măsurarea forţei musculare cu dinamometrul	neurologie, neurologie pediatrică, geriatrie şi gerontologie
18.	teste de sensibilitate (testul filamentului,	neurologie, neurologie pediatrică,

	testul diapazonului, testul sensibilităţii calorice şi testul sensibilităţii discriminatorii)	diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, medicină internă, geriatrie şi gerontologie
19.	teste clinice (EDS, scor miastenic, UPDRS, MMSE, Reisberg)	neurologie, neurologie pediatrică, psihiatrie, geriatrie şi gerontologie
20.	recoltare material bioptic	dermatovenerologie
B. Proceduri diagnostice de complexitate medie: punctaj 20 puncte		
1.	determinarea refracţiei (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmometrie	oftalmologie
2.	tonometrie; pahimetrie corneeană	oftalmologie
3.	explorarea funcţiei binoculare (test worth, maddox, sinoptofor), examen pentru diplopie	oftalmologie
4.	foniatrie	ORL
5.	audiograma*) *) include audiometrie tonală liminară şi/sau vocală	ORL
6.	examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop)	ORL
7.	dermatoscopie	dermatovenerologie
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, neurologie pediatrică
12.	spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor	alergologie şi imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie
13.	osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete	endocrinologie, reumatologie, geriatrie şi gerontologie
C. Proceduri diagnostice complexe: punctaj 40 puncte		
1.	examen electroneuromiografic cu ac	neurologie, neurologie pediatrică
2.	determinarea potenţialelor evocate (vizuale, auditive, somatoestezice)	neurologie, neurologie pediatrică, oftalmologie, ORL
3.	examen electroencefalografic cu probe de stimulare şi/sau mapping	neurologie, neurologie pediatrică
4.	examen doppler vase extracraniene segment cervical (echotomografic şi duplex)	neurologie, neurologie pediatrică
5.	examen doppler transcranian al vaselor cerebrale şi tehnici derivate	neurologie, neurologie pediatrică
6.	endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie, alte specialităţi clinice pentru care medicii trebuie să facă dovada deţinerii competenţei/atestatului de studii complementare
7.	endoscopie digestivă inferioară (rect, sigmoid, colon) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie, alte specialităţi clinice pentru care medicii trebuie să facă dovada deţinerii competenţei/ atestatului de studii complementare

C.T.C.E. Piatra Neamţ

8.	colposcopia	obstetrică-ginecologie
9.	monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanţei toracice	cardiologie, medicină internă, nefrologie
D. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple: punctaj 15 puncte		
1.	extracţie de corpi străini - conjunctivă, cornee, scleră, segment anterior	oftalmologie
2.	incizia glandei lacrimale şi sacului lacrimal	oftalmologie
3.	tratamentul chirurgical al pingueculei	oftalmologie
4.	tratamentul chirurgical al pterigionului	oftalmologie
5.	sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă	oftalmologie
6.	injectare subconjunctivală, retrobulbară de medicamente	oftalmologie
7.	criocoagularea (crioaplicaţia) conjunctivală	oftalmologie
8.	cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului	oftalmologie
9.	tamponament posterior şi/sau anterior ORL	ORL
10.	extracţie corpi străini: coduct auditiv extern, nas, faringe	ORL
11.	aspiraţia şi lavajul sinusului nazal prin puncţie	ORL
12.	tratament chirurgical al traumatismelor ORL	ORL
13.	oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie	ORL
14.	terapia chirurgicală a afecţiunilor mamare superficiale	obstetrică-ginecologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă
15.	inserţia dispozitivului intrauterin	obstetrică-ginecologie
16.	fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate	dermatovenerologie
17.	crioterapia în leziuni cutanate	dermatovenerologie
18.	tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscenţe plăgi (anestezie, excizie, sutură inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)	dermatovenerologie, chirurgie
19.	terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă
20.	terapia chirurgicală a degerăturilor de grad I şi II	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă
21.	terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenţi chimici < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă
22.	terapia chirurgicală a panariţiului (eritematos, flictenular, periunghial, subunghial, antracoid, pulpar)	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă
23.	terapia chirurgicală a tumorilor mici,	dermatovenerologie, chirurgie

Colegiul Piatra Neamţ

	chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate	generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă
24.	terapia chirurgicală a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă
25.	terapia chirurgicală a abcesului (de părţi moi, perianal, pilonidal)	dermatovenerologie, chirurgie generală,
26.	terapia chirurgicală a panariţiului osos, articular, tenosinoval	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă, ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică
27.	terapia chirurgicală a hidrosadenitei	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă
28.	terapia chirurgicală a edemului dur şi seromului posttraumatic	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă
29.	terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos	chirurgie generală, chirurgie vasculară, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă
30.	terapia chirurgicală a granulomului ombilical	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă
31.	terapia chirurgicală a supuraţiilor postoperatorii	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă
32.	tratamentul plăgilor	chirurgie generală + toate specialităţi chirurgicale
33.	terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)	urologie, chirurgie pediatrică, chirurgie generală
34.	tratament postoperator al plăgilor abdominale, al intervenţiilor chirurgicale după cezariană, sarcină extrauterină operată, histerectomie, endometrioză	obstetrică- ginecologie
E. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe - punctaj 25 puncte		
1.	tratamentul chirurgical al unor afecţiuni ale anexelor globului ocular (şalazion, 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 colecţie: sept, flegmon periamigdalian, furuncul căi aeriene externe/conduct auditiv extern, furuncul vestibul nazal, othematom	ORL
4.	extragere fibroscopică de corpi străini din căile respiratorii superioare	ORL
5.	manevre de mică chirurgie pentru abces şi/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetaţii vulvă, vagin, col	obstetrică- ginecologie
6.	cauterizare de col uterin	obstetrică- ginecologie

7.	diatermocoagularea colului uterin	obstetrică- ginecologie
8.	electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune	dermatovenerologie, chirurgie
9.	terapia chirurgicală complexă a panariţiului osos, articular, tenosinoval	chirurgie
10.	terapia chirurgicală a flegmoanelor	chirurgie
11.	terapia chirurgicală a hematomului	chirurgie
12.	dilataţia stricturii uretrale	urologie, chirurgie
13.	criocoagularea (crioaplicaţia) transsclerală	oftalmologie
F. Proceduri terapeutice/tratamente medicale simple - punctaj 7 puncte		
1.	aerosoli/şedinţă (maxim 3 şedinţe)	alergologie şi imunologie clinică, pneumologie, pediatrie, ORL
2.	toaleta auriculară unilateral (2 proceduri)	ORL
3.	administrare tratament prin injectarea părţilor moi (intramuscular, intradermic şi subcutanat)	toate specialităţile
G. Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie - punctaj 11 puncte		
1.	fotochimioterapie (uva) cu oxoralen locală sau generală/şedinţă (maxim 4 şedinţe)	dermatovenerologie
2.	fotochimioterapie (uvb cu spectru îngust)/ şedinţă (maxim 4 şedinţe)	dermatovenerologie
3.	mezoterapia - injectare terapeutică paravertebrală şi periartriculară	neurologie, neurologie pediatrică, dermatovenerologie, reumatologie, geriatrie şi gerontologie
4.	probe de repoziţionare vestibulară	ORL, neurologie, neurologie pediatrică
5.	imunoterapie specifică cu vaccinuri alergenice standardizate	alergologie şi imunologie clinică
6.	administrare tratament prin puncţie intravenoasă	toate specialităţile
7.	Infiltraţii nervoase regionale	anestezie şi terapie intensivă, oftalmologie, ORL, chirurgie generală, ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, obstetrică-ginecologie, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă, neurochirurgie, chirurgie cardiovasculară
8.	Instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlate de pacient	anestezie şi terapie intensivă
H. Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe - punctaj 14 puncte		
1.	puncţii şi infiltraţii intraarticulare	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie geriatrie şi gerontologie
2.	instilaţia uterotubară terapeutică	obstetrică- ginecologie
3.	blocaje chimice pentru spasticitate (toxină botulinică)	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie neurologie, neurologie pediatrică
I. Tratamente ortopedice medicale - punctaj 20 puncte		
1.	tratamentul ortopedic al luxaţiei, entorsei sau fracturii antebraţului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală

2.	tratamentul ortopedic al entorsei sau luxaţiei patelei, umărului; disjuncţie acromioclaviculară fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
3.	tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxaţiei, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
4.	tratament în displazia luxantă a şoldului în primele 6 luni de viaţă	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
5.	tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viaţă	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
6.	tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
J. Terapii psihiatrice - punctaj 30 puncte		
1.	consiliere psihiatrică nespecifică individuală şi familială	psihiatrie şi psihiatrie pediatrică
2.	psihoterapie de grup (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicţii)	psihiatrie şi psihiatrie pediatrică
3.	psihoterapie individuală (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicţii, tulburări din spectrul autist)	psihiatrie şi psihiatrie pediatrică
4.	terapia cognitiv-comportamentală	psihiatrie şi psihiatrie pediatrică
K. Terapii genetică medicală- punctaj 30 puncte		
1.	Sfat genetic	genetică medicală

NOTĂ: Pentru efectuarea procedurilor care necesită dotare cu aparatură, furnizorii trebuie să facă dovada deţinerii legale a acestora şi medicii să aibă atestat/competenţă corespunzătoare, după caz.

1.7 Servicii de sănătate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie şi psihopedagogie specială - logopezi şi kinetoterapeuţi şi pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate, cu următoarele specialităţi clinice:

- neurologie şi neurologie pediatrică;
- otorinolaringologie;
- psihiatrie şi psihiatrie pediatrică;
- ortopedie şi traumatologie şi ortopedie pediatrică;
- reumatologie;
- oncologie medicală;
- diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice;
- hematologie;
- nefrologie.

1.7.1 Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical şi punctajele corespunzătoare:

a) neurologie şi neurologie pediatrică

a1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie:

a1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
a1.2) consiliere psihologică clinică pentru	30 puncte/şedinţă

copii/adult
a1.3) psihoterapie pentru copii/adult 30 puncte/şedinţă
a2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped:
consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială - logoped 15 puncte/şedinţă
a3) servicii conexe furnizate de kinetoterapeut, în condiţiile prevăzute la punctul 1.7.2
a3.1) kinetoterapie individuală 30 puncte
a3.2) kinetoterapie de 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 şi psihoterapie:
b1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic 30 puncte/şedinţă
b1.2)consiliere psihologică clinică 30 puncte/şedinţă
b2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped:
b2.1) consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială - logoped 15 puncte/şedinţă
b2.2) exerciţii pentru tulburări de vorbire (şedinţă) 15 puncte/şedinţă
c) Psihiatrie, inclusiv psihiatrie pediatrică:
c1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie:
c1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic 30 puncte/şedinţă
c1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adult 30 puncte/şedinţă
c1.3) consiliere psihologică clinică pentru copii diagnosticaţi cu tulburări din spectrul autist (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist 30 puncte/şedinţă
c1.4) psihoterapia copilului şi 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/şedinţă
c2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped
- consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială - logoped 15 puncte/şedinţă
c3) Servicii furnizate de kinetoterapeut (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) pentru copilul diagnosticat cu tulburări din spectrul autist în condiţiile prevăzute la punctul 1.7.2:
c3.1) kinetoterapie individuală 30 puncte
c3.2) kinetoterapie de grup 15 puncte
c3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: 15 puncte
- dispozitive mecanice
- dispozitive electromecanice
- dispozitive robotizate
d) Reumatologie în condiţiile prevăzute la punctul 1.7.2
Servicii furnizate de kinetoterapeut:
d1) kinetoterapie individuală 30 puncte
d2) kinetoterapie de grup 15 puncte
d3) kinetoterapie pe aparate speciale: 15 puncte
- dispozitive mecanice
- dispozitive electromecanice
- dispozitive robotizate
e) Ortopedie şi traumatologie şi ortopedie pediatrică în condiţiile 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 30 puncte/şedinţă

C.M. Piatra Neamţ

psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii şi adulţi cu afecţiuni oncologice	
g) Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii şi adulţi cu diagnostic confirmat de diabet zaharat	30 puncte/şedinţă
h) Hematologie	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii şi adulţi cu afecţiuni oncologice	30 puncte/şedinţă
i) Nefrologie	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii şi adulţi cu insuficienţă renală cronică- dializă	30 puncte/şedinţă

1.7.2 Serviciile de kinetoterapie se acordă conform unui plan recomandat de medicul de reabilitare medicală prin scrisoare medicală.

1.7.3 Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie sau în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, se acordă la solicitarea furnizorului de servicii medicale clinice prin scrisoare medicală, conform unui plan stabilit de comun acord de medicul de specialitate clinică şi psiholog/logoped.

1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii şi lehuziei - o consultaţie pentru fiecare trimestru de sarcină şi o consultaţie în primul trimestru de la naştere.

1.8.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrică ginecologie din ambulatoriu.

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

Nr. crt.	
1	Alergologie şi imunologie clinică
2	Boli infecţioase
3	Cardiologie
4	Chirurgie cardiovasculară
5	Chirurgie generală
6	Chirurgie pediatrică
7	Chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă
8	Chirurgie toracică
9	Dermatovenerologie
10	Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice
11	Endocrinologie
12	Gastroenterologie
13	Genetică medicală
14	Geriatrie şi 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 şi traumatologie
27	Ortopedie pediatrică
28	Pediatrie
29	Pneumologie
30	Psihiatrie
31	Psihiatrie pediatrică
32	Reumatologie
33	Urologie
34	Chirurgie vasculară
35	Radioterapia
36	Chirurgie orală şi maxilo-facială
37	Anestezie şi terapie intensivă

3. Biletul de trimitere pentru specialităţile clinice este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în două exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi un exemplar este înmânat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice păstrează la cabinet exemplarul biletului de trimitere şi îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialităţile clinice de la data la care acesta se implementează.

4. La contractare furnizorul depune lista cu asiguraţii fiecărui medic de specialitate, aflaţi în evidenţă cu următoarele boli cronice: HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic, boală cronică respiratorie obstructivă (BPOC) şi boală cronică de rinichi, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 D la ordin. Lunar, se raportează modificările intervenite/mişcarea lunară/intrări/ieşiri, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale 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 evidenţiat management de caz, cu următoarele boli cronice HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic, boală cronică respiratorie obstructivă (BPOC) şi boală cronică de rinichi şi pentru care se face management de caz, se raportează lunar modificările intervenite/mişcarea lunară/intrări/ieşiri utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

6. Numărul de puncte pe consultaţie, valabil pentru pachetele de servicii:

	Număr puncte pentru specialităţi medicale	Număr puncte pentru specialităţi chirurgicale
a. Consultaţia copilului cu vârsta cuprinsă între 0 şi 3 ani	16,20 puncte	17,25 puncte
b. Consultaţia de psihiatrie şi psihiatrie pediatrică a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 şi 3 ani	32,40 puncte	-
c. Consultaţia peste vârsta de 4 ani	10,80 puncte	11,50 puncte
d. Consultaţia de psihiatrie şi psihiatrie		

pediatrică peste vârsta de 4 ani	21,60 puncte	-
e. Consultaţia de planificare familială	10,80 puncte	-
f. Consultaţia de neurologie a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 şi 3 ani	21,60 puncte	-
g. Consultaţia de neurologie peste vârsta de 4 ani	14,40 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 împliniţi se încadrează în grupa peste 4 ani). Pentru persoanele cu vârsta de 60 de ani şi peste, numărul de puncte corespunzător consultaţiei se majorează cu 2 puncte.

Consultaţiile de la lit. a - d şi f - g din tabelul de mai sus şi punctajele aferente sunt corespunzătoare şi consultaţiilor ce sunt furnizate la distanţă prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătăţii. În cadrul acestor consultaţii este cuprinsă şi interpretarea investigaţiilor medicale paraclinice ecografie generală - abdomen şi pelvis şi EKG, transmise de medicii de familie prin sistemul de telemedicină.

7. Pentru competenţa/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, cu modificările şi completările ulterioare şi a prezentului ordin.

8. Medicii de specialitate din specialităţile clinice pot efectua ecografii cuprinse în anexa nr. 17 la ordin ca o consecinţă a actului medical propriu pentru asiguraţii pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii 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 competenţei şi a dotărilor necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 la ordin. Pentru aceste servicii furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

9. În situaţia în care un medic are mai multe specialităţi clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii acesta îşi poate desfăşura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate putând acorda şi raporta servicii medicale aferente specialităţilor respective în condiţiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialităţi şi autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.

10. Servicii de acupunctură - consultaţii, cură de tratament

În baza competenţei/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 specialităţile clinice.

10.1 Consultaţia de acupunctură: se acordă o singură consultaţie 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 plăteşte integral serviciile medicale. O cură de tratament reprezintă în medie 10 zile de tratament şi 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 Consultaţiile 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 ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE CLINICE PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII

1. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în

care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană. Pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. B din prezenta anexă.

2. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistenţa 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 şi 1.2 şi la lit. B punctul 1 subpunctul 1.2 din prezenta anexă.

3. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi 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 şi 1.2 din prezenta anexă, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale. Serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă, se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

Anexa 8

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală ambulatorie de
specialitate pentru specialităţile clinice
şi acupunctură

Articolul 1

Plata serviciilor din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice şi 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 specialităţile 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 aceştia îşi desfăşoară activitatea şi interpretate de medicii respectivi, luând în calcul numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical şi valoarea stabilită pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajate persoane autorizate de Ministerul Sănătăţii, altele decât medici, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcţii al Ministerului Sănătăţii, care prestează servicii de sănătate conexe actului medical sau care sunt în relaţie contractuală cu furnizori de servicii de sănătate conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat prin scrisoare medicală serviciile respective, servicii efectuate de aceştia şi cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, dacă sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului şi a conduitei terapeutice.

Articolul 3

(1) Numărul total de puncte raportat pentru consultaţiile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialităţile clinice, planificare familială nu poate depăşi numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

a) pentru specialităţi clinice şi pentru medicii care lucrează exclusiv în planificare familială, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 28 de consultaţii în medie pe zi (timp mediu/consultaţie = 15 minute);

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultaţii în medie pe zi (timp mediu/consultaţie = 30 de minute); pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 21 de consultaţii în medie pe zi (timp mediu/consultaţie = 20 de minute);

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

d) pentru specialităţile clinice, în vederea asigurării calităţii serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore /zi/medic/cabinet, se pot acorda şi raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 153 de puncte în medie pe zi, în condiţiile în care numărul de consultaţii efectuate şi raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 19 consultaţii; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, se pot acorda şi raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 150 de puncte în medie pe zi, în condiţiile în care numărul de consultaţii efectuate şi raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consultaţii; pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică, se pot acorda şi raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 154 de puncte în medie pe zi, în

condiţiile în care numărul de consultaţii efectuate şi raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 14 consultaţii. În situaţia în care programul de lucru al unui medic/cabinet este mai mare sau mai mic de 35 ore /săptămână, punctajul aferent numărului de consultaţii, servicii medicale creşte sau scade corespunzător.

În situaţia în care adresabilitatea asiguraţilor la cabinetul medical depăşeşte nivelul prevederilor menţionate 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 aceştia sunt în relaţie contractuală.

Punctajul aferent serviciilor de sănătate conexe actului medical care pot fi raportate, pentru unul sau mai mulţi asiguraţi indiferent de tipul serviciului conex, de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăşi 90 de puncte în medie pe zi, cuvenite celui/celor care le prestează, reprezentând servicii conexe, cu excepţia medicului de specialitate psihiatrie pediatrică pentru care punctajul nu poate depăşi 150 de puncte în medie pe zi.

Pentru desfăşurarea activităţii, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relaţii contractuale cu unul sau mai mulţi furnizori de servicii de sănătate conexe.

Pentru desfăşurarea activităţii, furnizorul de servicii de sănătate conexe poate avea relaţii contractuale cu unul sau mai mulţi medici din specialităţile clinice care pot solicita servicii de sănătate conexe.

Pentru asigurarea calităţii în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice şi furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă că îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată şi modificată prin Legea nr. 598/2001 şi după caz organizate conform Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Colegiului Psihologilor din România, acte doveditoare care să conţină 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 şi tipul de servicii de sănătate conexe conform anexei nr. 7 la ordin şi certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004.

Articolul 4

(1) Suma cuvenită lunar medicilor de specialitate din specialităţile clinice se calculează prin înmulţirea 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) condiţiile în care se desfăşoară activitatea - majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare.

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

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referinţă a prestaţiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestaţia medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în planificare familială, precum şi 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 ţară şi este în valoare de 1,8 lei.

(4) Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical se stabileşte 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 specialităţile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte şi numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe ţară pentru trimestrul respectiv.

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

Articolul 5

(1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârşitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor băneşti cuvenite medicilor de specialitate din specialităţile clinice.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităţilor clinice, se corectează până la sfârşitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus faţă de cel efectiv realizat într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea 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 şi, implicit, valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv.

(3) În situaţia în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează în aceleaşi condiţii cu cele din cursul anului curent.

(4) Pentru asigurarea calităţii furnizării serviciilor medicale, pentru asiguraţii 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 condiţiile în care acestea vor fi efectuate, raportate şi validate conform reglementărilor legale în vigoare. Excepţie fac situaţiile în care asiguratul solicită în nume propriu şi 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 consultaţii de acupunctură, respectiv tariful pe consultaţie de 13 lei şi numărul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni.

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

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

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

(3) Contravaloarea serviciilor de acupunctură-consultaţii şi cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de reabilitare medicală în ambulatoriu.

(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale - caz finalizate şi a numărului de consultaţii de acupunctură şi a tarifelor pe cură respectiv pe consultaţie, în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi 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 împărţind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate şi raportate în luna respectivă.

În situaţia în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligaţia să anunţe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activităţii 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 - consultaţii de acupunctură şi cazurilor - cure de acupunctură.

Articolul 7

(1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice şi acupunctură facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, şi 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 şi 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 specialităţile clinice şi acupunctură, care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin se suportă de către asiguraţi la tarifele stabilite de furnizori şi afişate la cabinet, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situaţii furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate.

Medicii din specialităţile clinice încasează contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii medicale. În situaţia în care asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere, medicii din specialităţile clinice nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate.

Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate şi numai pentru afecţiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum şi pentru asiguraţii care au bilet de trimitere sau a căror afecţiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigaţii paraclinice /bilet de internare/prescripţii medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate şi dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultaţii 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 Ordonanţei Guvernului nr. 124 /1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pot fi angajaţi medici, precum şi alte categorii de personal, în conformitate cu dispoziţiile legale în vigoare, cu excepţia persoanelor care îşi desfăşoară activitatea în cabinete organizate conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001. Medicii angajaţi nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialităţile clinice, acupunctură şi planificare familială pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripţie medicală electronică/formularul de prescripţie medicală cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, după caz şi semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialităţile clinice, acupunctură şi 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 şi servicii de sănătate conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

Articolul 10

Pentru unităţile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, contractele/actele adiţionale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unităţii sanitare în structura căreia se află aceste unităţi şi casa de asigurări de sănătate.

Articolul 11

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice şi acupunctură acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialităţi clinice, cu excepţia cazurilor de urgenţă medico-chirurgicală, consultaţiilor pentru afecţiunile prevăzute în anexa nr. 13 la ordin şi serviciilor de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene /Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană.

Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialităţi clinice este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în două exemplare şi are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin excepţie, biletele de trimitere pentru specialităţi clinice pentru afecţiunile cuprinse în unele programe naţionale de sănătate: diabetul şi bolile de nutriţie precum şi cele pentru afecţiunile oncologice, au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru specialităţi clinice este de până la 60 zile calendaristice.

Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi un exemplar este înmânat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice şi acupunctură păstrează biletul de trimitere şi îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.
Biletul de trimitere pentru specialităţi clinice recomandate de medicul de familie, care are evidenţiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialităţi clinice de la data la care acesta se implementează.

(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 evidenţa biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale clinice şi acupunctură au obligaţia să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(5) Furnizorul de servicii medicale clinice recomandă investigaţii paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în două exemplare din care un exemplar rămâne la medicul care prescrie investigaţiile şi un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigaţii paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice de la data la care acesta se implementează. În situaţia în care într-un cabinet din ambulatoriul de specialitate clinic aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se recoltează probă/probe în vederea efectuării unor examinări histopatologice-citologice în regim ambulatoriu, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul de specialitate din ambulatoriu, din care un exemplar va însoţi proba/probele recoltate pe care medicul le trimite la furnizorul de investigaţii paraclinice de anatomie-patologică. La momentul recoltării probei/probelor, asiguratul declară pe proprie răspundere că nu se află internat într-o formă de spitalizare (continuă sau de zi).

Articolul 12

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

Anexa 8 A

- model -

Furnizor de servicii medicale .....
Medic .....
Specialitatea .....
Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....
Nr. contract .....

FIŞA DE MONITORIZARE
în cazul bolnavilor cronici în ambulatoriul
de specialitate pentru specialităţile clinice
şi reabilitare medicală

Nume: ..... Prenume: .....
Data naşterii:
.....

Cod numeric personal: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cod unic de asigurare: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Sex: M/F
Adresa: .....
Diagnostic: .....
Data luării în evidenţă: .....
Comorbidităţi: .....
Factori de risc: .....

Data programării Examinări clinice	Data realizării	Concluzii/Recomandări/Tratament	Semnătura, parafa şi ştampila

Investigaţii paraclinice

Tip investigaţie	Data programării	Rezultat/Data efectuării/Concluzii	Semnătura, parafa şi ştampila

Anexa 9

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală de
specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile
clinice şi acupunctură

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul /sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte
- director general .....,
şi
- Cabinetul medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare
- cabinetul individual ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul titular .....;
- cabinetul asociat sau grupat ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul delegat .....;
- societatea civilă medicală ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin administratorul .....;
- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;
- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul /sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;
- Ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura spitalului ....., inclusiv a spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti, având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;
- Centrul de diagnostic şi tratament, centrul medical şi centrul de sănătate multifuncţional - unităţi medicale cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....;
- Unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin ..... în calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte.

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice şi acupunctură, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul ...../2015 a H.G. nr. 400/2014 , cu modificările şi completările ulterioare.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

Articolul 2

Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice şi acupunctură acordă asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază şi în pachetul minimal de servicii medicale prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, în următoarele specialităţi şi competenţe/atestate de studii complementare - pentru acupunctură şi planificare familială:

a) .....;

b) ..... .

Articolul 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice şi 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 2015.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400 /2014, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizaţi şi evaluaţi şi să facă public în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate; 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 condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, 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, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la 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 Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, dispozitive medicale şi îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale şi /sau prescripţiilor medicale eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripţiilor medicale şi recomandărilor. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situaţia 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 afişare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât şi pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, precum şi numărul total la nivel naţional de puncte realizat trimestrial, prin afişare pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

k) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

l) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice şi acupunctură acordate de medici conform specialităţii clinice şi competenţe/atestate de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii şi care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condiţiile prevăzute în anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 , cu modificările şi completările ulterioare;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical şi tarif pe serviciu medical consultaţie/caz, în condiţiile stabilite în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

Articolul 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

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

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

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi şi persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum şi intimitatea şi 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 însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialităţi 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 şi tratate în ambulatoriu; pentru urgenţele medico-chirurgicale şi pentru bolile cu potenţial endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgenţă, medicul de specialitate eliberează o scrisoare medicală în acest sens;

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

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

i) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

l) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope până la data implementării prescripţiei electronice pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

În situaţia în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera, prescripţie medicală pentru medicamentele şi materialele sanitare din programele naţionale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum şi pentru afecţiunile 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 specialităţile clinice, prescripţia se eliberează în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice.

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ţară, şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul, ca o consecinţă 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 investigaţii paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

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

p) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;

q) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în H.G. nr. 400/2014 şi în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

s) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ş) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, conform dispoziţiilor legale;

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

ţ) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

u) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea 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 specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu şi prescripţia medicală care este formular cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menţionate anterior, de la data la care acestea se implementează.

x) să recomande asiguraţilor tratamentul, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile 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 îşi desfăşoară 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 şi pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

ab) să acorde servicii de asistenţă medicală ambulatorie de specialitate asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia: urgenţelor, afecţiunilor prevăzute în anexa nr. 13 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi a serviciilor de planificare familială. Lista cuprinzând afecţiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialităţile clinice este prevăzută în anexa nr. 13 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European /Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază,

acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistenţa 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 şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

ad) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face şi 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 afecţiuni cronice aflaţi în evidenţa proprie şi, lunar, mişcarea 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 naţional de asigurări sociale de sănătate acest document/ adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ai) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

aj) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line şi prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ak) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de bază, dacă asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere; în această situaţie furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate şi numai pentru afecţiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum şi pentru asiguraţii care au bilet de trimitere sau a căror afecţiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigaţii paraclinice/bilet de internare/prescripţii medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate şi dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultaţii stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

al) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz,

documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.

VI. Modalităţi de plată

Articolul 8

(1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe consultaţie şi tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură exprimate în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe ţară; pentru anul 2015 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de 1,8 lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare se ajustează în funcţie de:

a) condiţiile în care se desfăşoară activitatea, cu .....% *)

Notă

---

*) În condiţiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabileşte un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situaţie.

---

b) gradul profesional medic primar .....%.

(5) a) Tariful pe consultaţie de acupunctură este de 13 lei;

b) Tariful pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 140 lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultaţiile şi serviciile medicale - caz de acupunctură este de ..... lei şi se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de recuperare.

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

Suma anuală contractată este ..... lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei, din care:
- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

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

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

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

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 şi 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 şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor cuvenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură furnizate în luna anterioară se face pe baza numărului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctură şi a numărului de consultaţii de acupunctură şi a tarifelor pe cură şi pe consultaţie, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse/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 împărţind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate şi raportate în luna respectivă.

În situaţia în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligaţia să anunţe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

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

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

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

Notă

---

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

---

a) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea/atestat de studii complementare/competenţă: .....

Cod numeric personal: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

b) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea/atestat de studii complementare/competenţă: .....

Cod numeric personal: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

c) .....

VII. Calitatea serviciilor medicale

Articolul 10

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

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 11

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

Articolul 12

Clauză specială

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

IX. Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi 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 sancţiuni:

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - h), j) - u), v), x), z), ac) - ae) şi ag) precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi /sau recomandări de investigaţii paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum şi neeliberarea prescripţiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se aplică următoarele sancţiuni:

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 situaţii pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, se constată nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. ab) şi/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii şi se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 7 lit. aj), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, respectiv se diminuează cu 10% valoarea de contract pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de specialitate clinică/acupunctură la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, respectiv se diminuează cu 20% valoarea de contract pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de specialitate clinică/acupunctură la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligaţiei de la art. 7 lit. aj) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line şi pentru prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope.

(6) Reţinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (4) depăşeşte prima plată, reţinerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa 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 relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeaşi destinaţie.

(10) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale de specialitate din specialităţile clinice a obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. af) consultaţiile, respectiv serviciile raportate pentru asiguraţii cu afecţiuni 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 asistenţa medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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

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

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

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

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

f) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv de servicii de planificare familială şi acupunctură de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi 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 excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

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 obligaţiilor prevăzute la art. 27 alin. (3) din H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi la art. 7 lit. aa) şi ak);

j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 13 alin. (1), (2) şi (4) precum şi 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 situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

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

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 16 lit. a) - cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (2) şi (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 acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte 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 situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. y), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligaţiei de plată a contribuţiei la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie.

Articolul 17

(1) Situaţiile prevăzute la art. 14 şi 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) Situaţiile prevăzute la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa

Articolul 18

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi 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 părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

Articolul 19

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

Articolul 20

Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu este element de negociere între părţi.

Articolul 21

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

Articolul 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XII. Soluţionarea litigiilor

Articolul 23

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

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al	
Direcţiei Economice,	
.....	
Director executiv al	
Direcţiei Relaţii Contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, contencios	
.....	

ACT ADIŢIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii

efectuate de medicii de specialitate din

specialităţile clinice

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

Anexa 10

CONDIŢIILE 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 - consultaţii, serii de proceduri - în specialitatea clinică de reabilitare medicală

1.1. Consultaţia medicală de specialitate - iniţială, cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialităţii respective, stabilirea şi recomandarea explorărilor necesare şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

- bilanţul articular anatomic şi funcţional, bilanţul muscular, bilanţul global gestual şi întocmirea planului de recuperare;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice, prescrierea tratamentului medical igieno-dietetic şi fizical şi de reabilitare medicală, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice generale şi specifice balneoclimatice - terapii cu factori naturali terapeutici: apele minerale terapeutice, lacurile şi nămolurile terapeutice, gazele terapeutice, ansamblul elementelor fizico-chimice ale climatului, inclusiv microclimatul de saline şi peşteri, avizate de Ministerul Sănătăţii conform legislaţiei în vigoare.

1.2. Consultaţia de reevaluare se acordă înainte de începerea unei serii de proceduri specifice de reabilitare medicală, în timpul seriei de proceduri sau la finalul fiecărei serii de proceduri la un interval ce nu poate să depăşească 10 zile calendaristice de la momentul finalizării acesteia.

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

PROCEDURI SPECIFICE DE REABILITARE MEDICALĂ
1. Kinetoterapie de grup pe afecţiuni
2. Galvanizare
3. Ionizare
4. Curenţi diadinamici
5. Trabert
6. TENS
7. Curenţi interferenţiali
8. Unde scurte
9. Microunde
10. Curenţi de înaltă frecvenţă pulsatilă
11. Ultrasunet
12. Combinaţie de ultrasunet cu curenţi de joasă frecvenţă
13. Magnetoterapie
14. Laser-terapie
15. Solux
16. Ultraviolete
17. Curenţi cu impulsuri rectangulare
18. Curenţi cu impulsuri exponenţiale
19. Contracţia izometrică electrică
20. Stimulare electrică funcţională
21. Băi Stanger
22. Băi galvanice
23. Duş subacval
24. Aplicaţii cu parafină
25. Băi sau pensulaţii cu parafină
26. Masaj regional
27. Masaj segmentar
28. Masaj reflex
29. Limfmasaj

C.J.A.S.P. Piatra Neamţ

30. Aerosoli individuali
31. Pulverizaţie cameră
32. Hidrokinetoterapie individuală generală
33. Hidrokinetoterapie parţială
34. Kinetoterapie individuală
35. Tracţiuni vertebrale şi articulare
36. Manipulări vertebrale
37. Manipulări articulaţii periferice
38. Kinetoterapie cu aparatură specială cu dispozitive mecanice, electromecanice şi robotizate
39. Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodice, alcaline)
40. Băi de plante
41. Băi de dioxid de carbon şi bule
42. Băi de nămol
43. Mofete naturale
44. Mofete artificiale
45. Împachetare generală cu nămol
46. Împachetare parţială cu nămol
47. Aplicaţie de unde de şoc extracorporeale
48. Aplicaţia de oscilaţii profunde
49. Speleoterapia/salinoterapia

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

Procedurile se acordă pentru perioade şi 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 maximum 21 zile /an/asigurat atât la copii cât şi la adulţi cu excepţia copiilor 0 - 18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale specifice de reabilitare medicală pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracţionate în maximum două fracţiuni, în funcţie de afecţiunea de bază la recomandarea medicului de specialitate reabilitare medicală.

1.3.2: În cazul unor perioade de tratament fracţionate la recomandarea medicului de specialitate reabilitare medicală, pentru fiecare perioadă de tratament se decontează o consultaţie iniţială şi o consultaţie de reevaluare, dar nu mai mult de două consultaţii iniţiale şi două consultaţii 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 maximum 4 proceduri/zi de tratament.

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

1.4. Pentru situaţiile în care unui asigurat nu i se recomandă o serie de proceduri specifice de reabilitare medicală se decontează 3 consultaţii/trimestru pentru aceeaşi afecţiune.

1.5. Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G31b, G31c, G31d, G31e - nominalizate în H.G. nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care tratamentul se poate prescrie şi monitoriza de către medicul în specialitatea reabilitare medicală din unităţile sanitare nominalizate de către Ministerul Sănătăţii, pentru un bolnav cu una sau mai multe afecţiuni cronice, se decontează o consultaţie şi prescripţia/prescripţiile medicale aferente, trimestrial sau lunar, cu condiţia ca aceste servicii să nu se fi efectuat de către un alt medic de specialitate pentru aceeaşi perioadă.

1.6. Consultaţiile 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 excepţia consultaţiilor pentru afecţiunile prevăzute în anexa nr. 13 la prezentele norme care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.
1.7. În cadrul consultaţiilor de reabilitare medicală se pot efectua după caz, următoarele proceduri diagnostice /terapeutice/tratamente care se efectuează în cabinetul medical:

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

1.8. Lista specialităţilor 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 şi balneologie este asimilată specialităţii reabilitare medicală conform Ordinului MS 360/2013.
1.9. Lista afecţiunilor care pot fi tratate în ambulatoriu în specialitatea clinică de reabilitare medicală este:

Nr. crt.	AFECŢIUNI
1.	Atrofii sistemice afectând în special sistemul nervos central
2.	Tulburări extrapiramidale şi ale motricităţii
3.	Boli demielinizante ale sistemului nervos central
4.	Afecţiunile nervilor, rădăcinilor şi plexurilor nervoase
5.	Polineuropatii şi alte afecţiuni ale sistemului nervos periferic
6.	Afecţiuni ale joncţiunilor mioneurale şi musculare
7.	Paralizia cerebrală şi alte sindroame paralitice
8.	Status post infarct miocardic acut
9.	Status post accident vascular cerebral
10.	Insuficienţa cardiacă clasa NYHA I şi II
11.	Boală pulmonară obstructivă cronică clasa I şi II
12.	Poliartropatii inflamatorii
13.	Artroze
14.	Dorsopatii
15.	Afecţiuni ale ţesuturilor moi
16.	Status post leziuni traumatice
17.	Status post intervenţii chirurgicale majore cardiovasculare, neurochirurgicale, ortopedice

Caiet Pentru Neamț

1.10. Tariful pe consultaţie în specialitatea clinică reabilitare medicală este de 20 lei. Tariful pe consultaţie 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 prestaţia medicului primar, tariful consultaţiei se majorează cu 20%.
1.11. Recomandarea pentru serviciile de reabilitare medicală se poate face de către medicii de specialitate şi de către medicii de familie, în limita competenţelor iar procedurile specifice de reabilitare medicală se acordă conform schemei de tratament, pentru perioade şi 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 de lei sau 42 de lei. Tariful pe zi de tratament este de 28 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din anexa 10 cu excepţia poziţiilor 1, 26 - 29, 32 - 34 şi 38 şi este de 42 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din anexa 10 cu condiţia ca cel puţin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziţia 1, 26 - 29, 32 - 34 şi 38. Aceste tarife se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate şi efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc proporţional conform formulei: număr proceduri recomandate şi efectuate pe zi/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 situaţii care privesc corecţii de natură estetică şi de întreţinere, cum ar fi: vergeturi, sindrom tropostatic, gimnastică de întreţinere (fitness, body-building).
B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII
1. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţiei Elveţiană, 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 consultaţiile prevăzute la lit. A punctul 1, subpunctul 1.1 din prezenta anexă, devenite necesare pe timpul şederii temporare în România şi acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate.
2. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, 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 aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană.
3. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri,înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi 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 aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

Anexa 11

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru
specialitatea clinică reabilitare medicală

Articolul 1

(1) Unităţile ambulatorii de reabilitare medicală din structura unor unităţi sanitare sau unităţile ambulatorii în care îşi desfăşoară activitatea medici angajaţi într-o unitate sanitară, cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranţă naţională şi 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 - consultaţii/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 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 - consultaţii, respectiv tariful pe consultaţie, care este de 20 lei iar tariful pe consultaţie cu efectuare de proceduri este de 40 lei precum şi numărul de servicii medicale - zi de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament, care este de 28 de lei sau 42 de lei. Tariful pe zi de tratament este de 28 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din anexa 10 la ordin, cu excepţia poziţiilor 1, 26 - 29, 32 - 34 şi 38 şi este de 42 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din anexa 10 la ordin, cu condiţia ca cel puţin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziţia 1, 26 - 29, 32 -34 şi 38.

Pentru prestaţia medicului primar, tariful consultaţiei se majorează cu 20%. În cadrul unei zile de tratament se are în vedere un număr de maximum 4 proceduri pe zi.

(3) Suma contractată se stabileşte conform anexei nr. 11 B la ordin şi se defalchează pe trimestre şi pe luni, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.

(4) În situaţia 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 nr. 11 B la ordin se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract. Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

Neanunţarea acestor situaţii şi constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligaţiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală.

(5) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de servicii medicale de reabilitare medicală se redistribuie la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră şi se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală acordate asiguraţilor de la data semnării actului adiţional.

Începând cu luna septembrie 2015, în situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale de reabilitare medicală se înregistrează la sfârşitul fiecărei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract. Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală acordate asiguraţilor de la data semnării actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs şi până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

(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 - consultaţii şi a numărului de zile de tratament de reabilitare medicală se au în vedere următoarele:

a) numărul de servicii medicale - consultaţii de reabilitare medicală acordate în cabinetul medical nu poate depăşi numărul de servicii medicale - consultaţii rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultaţie medicală este necesară o durată în medie de 15 minute, iar pentru o consultaţie 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 consultaţii, poate scade sau creşte corespunzător;

b) serviciile medicale zi de tratament care se acordă în bazele de tratament, se contractează şi raportează în vederea decontării pentru un număr de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât şi la adulţi cu excepţia copiilor cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale terapeutice pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, după care bolnavul plăteşte integral serviciile medicale.

(8) Tarifele au în vedere cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultaţii şi numărului de zile de tratament de reabilitare medicală.

(9) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2015 cu destinaţia de servicii medicale de reabilitare medicală vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv de acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale - consultaţii şi numărul de zile de tratament de reabilitare medicală acordate asiguraţilor de la data semnării acestora. Valoarea contractului,

respectiv a actului adiţional la contractul/actul adiţional iniţial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de selecţie şi contractare prevăzute în anexa nr. 11 B la ordin, precum şi reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului iniţial al acestora s-a/s-au modificat.

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

(11) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale - consultaţii şi 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, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia afecţiunilor prevăzute în anexa nr. 13 la ordin care permit prezentarea direct la medicul de specialitate reabilitare medicală.

(12) Biletele de trimitere pentru tratament în staţiunile balneoclimaterice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi medicii din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade şi 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 funcţie de:

a) numărul de servicii medicale - consultaţii şi tarifele pe consultaţii prevăzute la alin. (2);

b) numărul de zile de tratament de reabilitare medicală realizat atât în cabinetele medicale, cât şi în bazele de tratament, înmulţit cu tarifele prevăzute la alin. (2). Aceste tarife se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate şi efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc proporţional conform formulei: număr proceduri recomandate şi efectuate pe zi/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, şi 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 şi 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 asiguraţi la tarifele stabilite de furnizori şi afişate la cabinet, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situaţii furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi 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 situaţie furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate şi numai pentru afecţiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum şi pentru asiguraţii care au bilet de trimitere sau a căror afecţiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigaţii paraclinice/bilet de internare/prescripţii medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate şi dacă prezentarea la medic se face în cadrul unor consultaţii realizate peste valoarea de contract.

Articolul 4

(1) În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pot fi angajaţi medici, precum şi alte categorii de personal. Medicii angajaţi 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 contribuţie personală şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripţie medicală electronică/formularul de prescripţie medicală cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfăşoară 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 unităţile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, contractele/actele adiţionale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unităţii sanitare în structura căreia se află aceste unităţi şi 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 specialităţile clinice, cu excepţia consultaţiilor pentru afecţiunile prevăzute în anexa nr. 13 la ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană 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 asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană.

Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

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

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

Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialităţile clinice de la data la care acesta se implementează.

(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 evidenţa biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală au obligaţia să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(5) Furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicală recomandă investigaţii paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în două exemplare din care un exemplar rămâne la medicul care prescrie investigaţiile şi un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigaţii paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice de la data la care acesta se implementează.

Articolul 7

(1) Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală încasează de la asiguraţi suma corespunzătoare coplăţii pentru serviciile de reabilitare medicală - serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asiguraţii pe seria de proceduri; nivelul minim al coplăţii este de 5 lei pe seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe seria de proceduri. Valoarea coplăţii este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

(2) Categoriile de asiguraţi scutite de coplată, prevăzute la art. 213^1 din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, fac dovada acestei calităţi cu documente eliberate de autorităţile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum şi cu documente şi/sau, după caz, cu declaraţie pe propria răspundere că îndeplinesc condiţiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în anexa nr. 23 D la ordin.

Articolul 8

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. 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 .....

DECLARAŢIE

Subsemnatul(a), ... legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ...., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că am |_|/nu am |_| contract de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.

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

Anexa 11 B

CRITERII
privind selecţia furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală şi repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de reabilitare medicală în ambulatoriu

Capitolul I

Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală în ambulatoriu Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:

1. Să fie autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacităţii tehnice de a efectua 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 prezenţa 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 capacităţii resurselor tehnice 40%
B. Evaluarea resurselor umane 60%
A. Evaluarea capacităţii 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 - obţine un punctaj corespunzător acestui criteriu.

a) Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria şi numărul aparatului existent în cadrul cabinetului sunt aceleaşi cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existenţa şi deţinerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte documentele pentru aparatul/aparatele deţinute din care să reiasă: anul fabricaţiei, seria şi numărul, numărul de canale şi 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 şi numărul şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta manualul de utilizare/fişa tehnică.

e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac excepţie furnizorii de servicii reabilitare medicală care îşi desfăşoară activitatea utilizând acelaşi spaţiu şi aceleaşi echipamente specifice deţinute şi/sau utilizate în comun în condiţiile legii, cu prezentarea documentelor

justificative prevăzute de actele normative în vigoare şi numai în condiţiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor îşi desfăşoară activitatea cu respectarea dispoziţiilor H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi într-un program de lucru distinct.

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

g) Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale din dotare achiziţionate "second hand". Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul /aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

A.1 Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deţinut, 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 pacienţi trataţi simultan, (2 sau mai multe canale) vechime 1 - 10 ani	20 puncte	8
3.	Baie galvanică şi 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, infraroşii), vechime 1 - 10 ani	10 puncte	5
6.	Aparate pentru terapie cu unde de şoc, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	5
7.	Aparate de parafină, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	3 aplicaţii/ canapea/pat/ oră
8.	Aparate pentru înaltă frecvenţă, 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 duş subacval sau cu bule, vechime 1 - 10 ani	20 puncte/ 1 cadă	2
14.	Dispozitive de duşuri terapeutice (scoţian, alternativ etc.), vechime 1 - 10 ani	20 puncte/ dispozitiv	2
15.	Echipament de elongaţie	15 puncte/ echipament	1

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 fabricaţie	Total puncte/ aparat	Total proceduri pe oră/aparat
1	2	3	4	5	

TOTAL PUNCTE: .....

NOTA 1: La contractare, se va ţine 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 şi medie de specialitate, profesorul de cultură fizică medicală, precum şi de către fiziokinetoterapeutul şi kinetoterapeutul care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 10 proceduri/oră; numărul maxim de proceduri /oră posibil de efectuat în cadrul programului de lucru de către maseuri şi băieşi care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 2 proceduri/oră.

În situaţia 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 înmulţeşte cu raportul calculat între numărul de proceduri de la lit. b) şi numărul de proceduri de la lit. a).

În situaţia 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:

- Suprafaţa utilă a sălii este între 8 - 15 mp şi dotare corespunzătoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificările şi completările ulterioare, pentru aprobarea Normelor metodologice privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale = 10 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienţi este 3 şi minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală.
- Suprafaţa utilă a sălii este între 16 - 30 mp şi dotare corespunzătoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificările şi completările ulterioare pentru aprobarea Normelor metodologice privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale = 40 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienţi este 6 şi minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală/tură.
- Suprafaţa utilă a sălii este de peste 30 mp, folosită exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie şi dotare superioară faţă de prevederile Ordinului MSP 153/2003, cu modificările şi completările ulterioare = 60 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienţi este 8 indiferent de mărimea sălii şi minim doi fiziokinetoterapeuţi/kinetoterapeuţi/profesori de cultură fizică medicală/tură.

A.3 Evaluarea bazinului de hidrokinetoterapie

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 30 - 40 mc şi are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 16 puncte şi minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală/tură;
- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 40 - 60 mc şi are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 30 puncte şi minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală/tură;
- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este de peste 60 mc şi are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 40 puncte şi minim doi fiziokinetoterapeuţi/kinetoterapeuţi/profesori de cultură fizică medicală/tură.

TOTAL puncte resurse tehnice .....

NOTA 1: Sala de kinetoterapie şi bazinul de hidrokinetoterapie se punctează numai dacă la furnizor îşi desfăşoară activitatea cel puţin un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală în funcţie de dimensiunile sălii/bazinului. Punctajele pentru lit. A.2 şi 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 fracţiuni de normă, punctajele aferente lit. A.2 şi A.3 se ajustează proporţional.

NOTA 2: Nu se punctează bazinele de hidrokinetoterapie care se utilizează şi pentru alte activităţi 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 - obţine un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Personalul este punctat proporţional cu timpul lucrat.

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru cei cu normă parţială se acordă unităţi proporţionale cu fracţiunea 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, maseur, băieş - 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 şi prenume medic	Număr de ore	Punctaj

b. fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală - 15 puncte/1 normă

Nume şi prenume	Număr de ore	Punctaj

c. asistent balneofizioterapie - 10 puncte/1 normă

Nume şi prenume	Număr de ore	Punctaj

d. maseur - 10 puncte/1 normă

Nume şi prenume	Număr de ore	Punctaj

e. băieş - 10 puncte/1 normă

Nume şi 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
- 5 zile/săptămână/mai mult de 8 ore pe zi şi mai puţin de 16 ore pe zi=punctaj proporţional cu programul de activitate declarat
- 5 zile/săptămână/mai mult de 8 ore pe zi şi mai puţin de 16 ore pe zi=punctaj proporţional cu programul de activitate declarat
- TOTAL puncte .....

Pentru fiecare criteriu se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor.

Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărţirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor corespunzătoare fiecărui criteriu la numărul de puncte obţinut la fiecare criteriu.

Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criterii se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu, rezultând sumele aferente fiecăruii criteriu pentru fiecare furnizor.

Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obţine prin însumarea sumelor stabilite pentru fiecare criteriu.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor corespunzător fiecărui criteriu, se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Anexa 12

- model -

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate
de reabilitare medicală (pentru unităţile sanitare ambulatorii de
reabilitare medicală)

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

şi

- unităţile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, reprezentată prin .....;

- cabinetul medical de specialitate ....., organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, reprezentat prin .....;
- societatea de turism balnear şi de reabilitare medicală, constituită conform Legii societăţilor nr. 31/1990 republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi care îndeplineşte condiţiile prevăzute de Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea şi funcţionarea societăţilor comerciale de turism balnear şi de recuperare medicală, aprobată cu modificările şi completările ulterioare prin Legea nr. 143/2003 ....., reprezentată prin .....;
- ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat inclusiv centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura spitalului ....., inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti, reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte; având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ....., e-mail ..... Centrul de sănătate multifuncţional - unitate cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ....., ap. ....., judeţul/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 unităţi 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 şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

III. Serviciile medicale de reabilitare medicală acordate în unităţi sanitare ambulatorii de reabilitare medicală.

Articolul 2

Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de reabilitare medicală asiguraţilor, conform anexei nr. 10 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Articolul 3

Furnizarea serviciilor medicale de reabilitare medicală acordate în unităţi sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, se face de către următorii medici:

1. .....;
2. .....;
3. ..... .

Articolul 4

Serviciile medicale de reabilitare medicală, acordate în unităţi 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, aflaţi în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade şi 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 2015.

Articolul 6

Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părţilor, pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

Articolul 7

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de

contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400 /2014, cu modificările şi completările ulterioare, 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 condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, 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, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să 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 Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, dispozitive medicale şi îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative, acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale şi /sau prescripţiilor medicale eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripţiilor medicale şi recomandărilor. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

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

i) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

k) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical - consultaţie/zi de tratament, în condiţiile stabilite în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

l) să deconteze serviciile medicale de reabilitare medicală numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe ţară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

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 asiguraţilor, în condiţiile respectării prevederilor de la art. 45 alin. (2) din H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Articolul 8

Furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicală are următoarele obligaţii:

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

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

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; 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 însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor din H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de reabilitare 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 ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi clinice sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialităţi 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 şi/sau tratate în ambulatoriu;

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

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

i) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

l) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

În situaţia în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică reabilitare medicală poate elibera, după caz, prescripţie medicală pentru medicamentele şi materialele sanitare din programele naţionale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naţionale de

Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum şi pentru afecţiunile 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, prescripţia se eliberează în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ţară, şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul, ca o consecinţă 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 investigaţii paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

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

o) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;

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

q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

r) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, conform dispoziţiilor legale;

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

t) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

ţ) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea 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 specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice şi de la data la care se implementează formularele electronice menţionate anterior, precum şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

w) să recomande asiguraţilor tratamentul, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile 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 îşi desfăşoară 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 şi pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

aa) să acorde servicii de asistenţă medicală ambulatorie de specialitate asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia afecţiunilor prevăzute în anexa nr. 13 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare. Lista cuprinzând afecţiunile care permit prezentarea direct

la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală este prevăzută în anexa nr. 13 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, 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 asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistenţa 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 şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă , după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

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 evidenţe distincte şi 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 naţional de asigurări sociale de sănătate acest document/ adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ag) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

ah) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line şi prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ai) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situaţie prin serviciul on-line pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

aj) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de bază, dacă asiguratul se prezintă fără bilet de trimitere; în această situaţie furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate şi numai pentru afecţiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum şi pentru asiguraţii care au bilet de trimitere sau a căror afecţiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru

investigaţii paraclinice/bilet de internare/prescripţii medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate şi dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultaţii 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 afecţiuni cronice aflaţi în evidenţa proprie şi, lunar, mişcarea acestora.

al) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de reabilitare medicală - serii de proceduri de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

am) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, în vederea acordării serviciilor medicale.

VI. Modalităţi de plată

Articolul 9

Modalitatea de plată a serviciilor medicale de reabilitare medicală, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultaţie/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală, prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Articolul 10

(1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii - consultaţii/zile de tratament negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical - consultaţie*)/ zile de tratament*)	Valoare - lei -
0	1	2	3 = 1 x 2
Servicii medicale - Consultaţii			
Servicii medicale - Consultaţii cu proceduri			
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri			

Notă

*) Tariful pe serviciu medical - consultaţie şi tariful/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală sunt cele prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultaţii şi numărului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de reabilitare medicală, acordate în unităţile 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 unităţile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultaţii şi a numărului de zile de tratament reabilitare medicală realizate şi a tarifelor pe serviciu medical - consultaţie şi 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 şi a documentelor justificative depuse/transmise de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... .

Tarifele pe zi de tratament se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate şi efectuate este de 4 /zi, în caz contrar tarifele se reduc proporţional conform formulei: nr. proceduri recomandate şi efectuate pe zi / 4 x tarif pe zi de tratament.

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

(2) Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră:

Suma anuală contractată este de ..... lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

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

din care:

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

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

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

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic de reabilitare medicală din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

Notă

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului şi al cabinetelor de specialitate din centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică organizat în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat şi în centrul de sănătate multifuncţional 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 unităţi 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 asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 14

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor 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 legislaţiei în vigoare.

IX. Clauze speciale

Articolul 16

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, mari inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

Articolul 17

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

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

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 sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, pentru fiecare dintre aceste situaţii;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii pentru fiecare dintre aceste situaţii.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 8 lit. a) - c), e - h), j) - u), w), y), ab) - ae), precum şi prescrieri de medicamente cu sau fără contribuţie personală din partea asiguratului şi de unele materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescrieri de medicamente fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum şi neeliberarea prescripţiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se aplică următoarele sancţiuni:

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 situaţii.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate se constată nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 8 lit. aa) şi/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate se recuperează contravaloarea acestor servicii şi se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 8 lit. ah), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligaţiei de la art. 8 lit. ah) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line şi pentru prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope.

(6) Reţinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa 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 relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeaşi destinaţie.

(10) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 8 lit. ak) consultaţiile, respectiv serviciile raportate pentru asiguraţii cu afecţiuni 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 situaţii:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate, 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 excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi 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 obligaţiilor prevăzute la art. 8 lit. z), aj) şi art. 45 alin. (3) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1), (2) şi (4) precum şi 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 situaţii:

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

a1) furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicală îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

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

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de reabilitare medicală sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 21 lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (2) şi (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 acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte 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 a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 41 alin.

(1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 8 lit. x), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligaţiei de plată a contribuţiei la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie.

Articolul 22

(1) Situaţiile prevăzute la art. 19 şi 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) Situaţiile prevăzute la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

Articolul 23

Prezentul contract poate fi reziliat de către părţile contractante datorită neîndeplinirii obligaţiilor contractuale, sub condiţia notificării intenţiei de reziliere cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte rezilierea.

XI. Corespondenţa

Articolul 24

Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi 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 părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

Articolul 25

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

Articolul 26

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistenţa de reabilitare medicală, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

Articolul 27

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

XIII. Soluţionarea litigiilor

Articolul 28

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

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de 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
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei Relaţii contractuale,	
.....	
Vizat	

Anexa 13

LISTA
cuprinzând afecţiunile care permit prezentarea direct la medicul de
specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic şi Angină pectorală instabilă
2. Malformaţii congenitale şi boli genetice
3. Boala cronică de rinichi - faza predializă
4. Insuficienţă 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 şi 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 şi delirante, tulburări afective majore, tulburări psihotice acute, autism, ADHD, boli psihice la copii)
23. Miastenia gravis
24. Bolnavi cu revascularizaţie percutanată, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu bypass coronarian
25. Afecţiuni postoperatorii şi ortopedice până la vindecare
26. Risc obstetrical crescut la gravide
27. Astm bronşic sever
28. Glaucom
29. Status post AVC
30. Ulcer peptic gastroduodenal
31. Boala celiacă la copil
32. Boala cronică inflamatorie intestinală (boala Chron şi colita ulceroasă)
33. Sindromul Schwachmann
34. Hepatita cronică de etiologie virală B, C şi D şi ciroza hepatică în tratament cu imunomodulatoare sau analogi nucleotidici/nucleozidici
35. Boala Hirschprung
36. Bolile nutriţionale la copii (rahitism carenţial comun, malnutriţia protein-calorică la sugar şi copii, anemiile carenţiale până la normalizare hematologică şi biochimică) supraponderea şi obezitatea pediatrică
37. Bronşiectazia şi complicaţiile pulmonare supurative
38. Scleroza multiplă
39. Demenţe degenerative, vasculare, mixte
40. Starea posttransplant
41. Insuficienţa renală cronică - faza de dializă
42. Bolile rare (hemofilia şi 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 imunodeficienţă primară, fenilcetonuria sau deficit de tetrahidrobiopterina-BH4, polineuropatia familială amiloidă cu transtiretină, scleroza sistemică şi ulcere digitale evolutive, purpura trombocitopenică cronică la adulţi splenectomizaţi şi nesplenectomizaţi, scleroza tuberoasă)
43. Afecţiuni oncologice şi oncohematologice
44. Diabetul zaharat cu sau fără complicaţii
45. Boala Gaucher
46. Boala Basedow

47. Degenerescenţa 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
53. Afecţiuni ale copilului 0-1 an
54. Anomalii de mişcare binoculară (strabism, forii) copii 0-18 ani
55. Vicii de refracţie şi tulburări de acomodare copii 0-18 ani
56. Afecţiuni ale aparatului lacrimal (1-3 ani)
57. Infarctul intestinal operat
58. Arteriopatii periferice operate

NOTA 1: Prezentarea se face direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fără bilet de trimitere pentru afecţiunile de mai sus.

NOTA 2: Medicul de specialitate trebuie să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit schimbări în evoluţia bolii şi 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 evidenţiat management de caz.

Anexa 14

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ŞI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU MEDICINA DENTARĂ

Cod	ACTE TERAPEUTICE	Tarif lei	Suma decontată de CAS		
			Copii 0 - 18 ani	Peste 18 ani	Beneficiarii legilor speciale
1.*)	Consultaţie - include modelul de studiu,după caz,controlul oncologic şi igienizare	133	100%	60%	100%
	*) Se acordă o singură consultaţie la un interval de 12 luni pentru un asigurat				
2.	Tratamentul cariei simple	94	100%	100%	100%
3.	Tratamentul afecţiunilor pulpare cu anestezie	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	109	100%	100%	100%
7.	Tratamentul afecţiunilor parodonţiului cu anestezie	94	100%	100%	100%
8.	Extracţia dinţilor temporari cu anestezie	20	100%		100%
9.	Extracţia dinţilor permanenţi cu anestezie	70	100%	60%	100%
10.**)	Chiuretaj alveolar şi tratamentul hemoragiei	86	100%	100%	100%
	**) În situaţia în care se efectuează în aceeaşi şedinţă în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate				

11.	Decapuşonarea la copii	47	100%			
12	Reducerea luxaţiei articulaţiei temporo-mandibulară	62	100%	100%	100%	
13. ***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă	850		60%	100%	
	***) Se acordă o dată la 5 ani					
14. ****)	Reparaţie/rebazare proteză	78		100%	100%	
	****) Se acordă o dată pe an					
15.	Element acrilic	78	100%	60%	100%	
16.	Element metalo-acrilic	170	100%	60%	100%	
17.	Reconstituire coroană radiculară	100	100%	60%	100%	
18. *****)	Decondiţionarea tulburărilor funcţionale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + bărbiţă şi capelină	546	100%			
19.	Tratamentul angrenajului invers prin exerciţii cu spatula/şedinţă	20	100%			
20. *****)	Aparate şi dispozitive utilizate în tratamentul malformaţiilor congenitale	780	100%			
21.	Şlefuirea în scop ortodontic/dinte	20	100%			
22. *****)	Reparaţie 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 absolvenţii de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenţi şi dacă nu realizează venituri din muncă					
23.	Menţinătoare de spaţiu mobile	468	100%			
	*****) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodonţie şi 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 dentişti, cu excepţia celor de la codurile 18, 20 şi 22 din tabel.
2. Serviciile de medicină dentară de urgenţă sunt prevăzute la codurile 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14 şi 22, din tabel.
3. Dentiştii acordă numai serviciile prevăzute la codurile 1, 2, 4 şi 24 din tabel.
4. Formula dentară:

Dinţi permanenţi:

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
Dinţi 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 dinţilor supranumerari se indică codul dintelui cu specificaţia "supranumerar".

Dată fiind incidenţa dinţilor supranumerari se admit la raportare maximum doi dinţi supranumerari/CNP/cod unic de asigurare.

6. Medicii de medicină dentară pot efectua radiografii dentare (retroalveolară şi panoramică) cuprinse în anexa nr. 17 la ordin ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru asiguraţii pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de medicină dentară, dacă au autorizaţiile necesare efectuării acestor servicii şi dotările necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 la ordin.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară.
7. Serviciile prevăzute la codurile 1, 2, 3, 5, 8, 9 şi 13 din tabel, se acordă astfel:
- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraţilor care au fost înlăturaţi din justiţie pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unităţi sanitare de stat, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%.
- pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum şi unele drepturi ale invalizilor şi văduvelor de război, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unităţi medicale civile de stat sau militare, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%.
- pentru beneficiarii Legii nr. 341/2004 a recunoştinţei faţă de eroii-martiri şi luptătorii care au contribuit la victoria Revoluţiei române din decembrie 1989, precum şi faţă de persoanele care şi-au jertfit viaţa sau au avut de suferit în urma revoltei muncitoreşti anticomuniste de la Braşov din noiembrie 1987, cu modificările şi completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unităţi medicale civile de stat sau militare, din subordinea Ministerului Sănătăţii, Ministerului Apărării Naţionale şi Ministerului Afacerilor Interne, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%.
- pentru celelalte categorii de asiguraţi beneficiari ai legilor speciale, procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 100%.
B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARĂ
1. Serviciile din pachetul minimal sunt servicii de urgenţă 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 dentişti, cu excepţia celor de la codul 22 din tabelul de la litera A.
3. Dentiştii acordă numai serviciul prevăzut la codul 4 din tabelul de la litera A.
4. Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă organizată conform legii.
5. Persoanele beneficiare ale pachetului minimal suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate - radiografii dentare şi tratamentul prescris.
C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII
1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, 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 şederii temporare în România.
2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi 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. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, 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 condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

Anexa 15

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru
specialitatea medicină dentară

Articolul 1

Plata serviciilor din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face prin tarif pe serviciu medical în lei.

Articolul 2

Lista serviciilor medicale de medicină dentară şi a tratamentelor de medicină dentară, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicină dentară, şi condiţiile acordării acestora sunt prevăzute în anexa nr. 14 la ordin.

Articolul 3

(1) La stabilirea valorii de contract pentru medicii de medicină dentară/dentişti 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 şi dentişti care intră în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate;

c) gradul profesional. Pentru medicul primar se aplică o majorare de 20%, iar pentru medicul care nu a obţinut un grad profesional se aplică o diminuare de 20%;

d) pentru medicii din mediul rural suma ajustată cu gradul profesional se majorează cu 50%;

e) suma orientativă/medic specialist/lună la nivel naţional este de 1.600 lei/lună. Suma contractată se defalchează pe trimestre şi 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 situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate, faţă de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

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

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

Prin excepţie, pentru trimestrul IV 2015, în situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârşitul unei luni sume neconsumate, faţă de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract. Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate asiguraţilor de la data semnării actului adiţional.

(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 2015 cu destinaţia servicii medicale dentare se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguraţilor de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul iniţial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de contractare.

Articolul 4

În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse şi cheltuielile aferente activităţilor 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 ţin evidenţa serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat şi 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, şi 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 şi 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 asiguraţi la tarifele stabilite de furnizori şi afişate la cabinetul medical, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situaţii furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate.

Articolul 8

În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pot fi angajaţi numai medici şi/sau dentişti, precum şi alte categorii de personal, în conformitate cu dispoziţiile legale în vigoare. Medicii sau dentiştii angajaţi 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 contribuţie personală şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripţie medicală electronică /formularul de prescripţie medicală cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

Articolul 9

Pentru unităţile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, contractele/actele adiţionale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unităţii sanitare în structura căreia se află aceste unităţi şi casa de asigurări de sănătate.

Articolul 10

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de medicină dentară pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale de medicină dentară, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de medicină dentară din ambulatoriu măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. 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 asistenţa medicală de specialitate

din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- cabinetul medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare:

- cabinetul individual ....., reprezentat prin medicul dentist/dentistul titular .....;

- cabinetul asociat sau grupat ....., reprezentat prin medicul dentist delegat .....;

- societatea civilă medicală ....., reprezentată prin administrator .....;

- unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ..., reprezentată prin .....;

- unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţele sanitare proprii, ..., reprezentată prin .....;

- ambulatoriul de specialitate şi ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti, reprezentat prin ...., în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic şi tratament, centru medical şi unitatea medicală cu personalitate juridică ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ....., e-mail ....., reprezentat prin .....

- Centrul de sănătate multifuncţional ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....., judeţul/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 asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi

completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Articolul 2

Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară acordă asiguraţilor serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii de bază şi în pachetul minimal de servicii de medicină dentară, prevăzute în anexa nr. 14 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, în următoarele specialităţi:

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 dentişti/dentişti:

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

.....

IV. Durata contractului

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2015.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

Articolul 6

În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, 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 condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, 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, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la 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 Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicină dentară sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală şi materiale sanitare acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere şi/sau prescripţiilor medicale eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripţiilor medicale. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

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

i) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară şi contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice (radiografie dentară retroalveolară şi radiografie panoramică), numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

k) să contracteze servicii medicale de medicină dentară, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condiţiile stabilite prin anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Articolul 7

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligaţii:

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

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

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi şi persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum şi intimitatea şi 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 însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere

către alte specialităţi 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 şi/sau tratate în ambulatoriu.

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

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

i) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

l) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ţară, şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul, ca o consecinţă 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 investigaţii paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

n) să asigure acordarea serviciilor medicale de medicină dentară asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, email, pagină web;

p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

q) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

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

s) să asigure acordarea asistenţei medicale de medicină dentară necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

ş) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii medicale;

ţ) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice şi de la data la care se implementează formularele electronice menţionate anterior, precum şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei

obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

u) să recomande asiguraţilor tratamentul, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile 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 îşi desfăşoară 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 şi pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, 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 naţional de asigurări sociale de sănătate acest document/ adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

aa) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică , prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

ab) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line şi prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ac) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situaţie prin serviciul on-line pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

ad) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică , republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.

VI. Modalităţi de plată

Articolul 8

Modalitatea de plată în asistenţa medicală dentară din ambulatoriu este tariful pe serviciu medical în lei.

Articolul 9

Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora şi în condiţiile prevăzute în anexa nr. 14 respectiv în anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi în limita sumei contractate şi defalcate trimestrial şi lunar/cabinet /medic, stabilită conform art. 3 din anexa nr. 15 la ordinul menţionat mai sus.

Suma anuală contractată este de ..... lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,
din care:
- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,
din care:
- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei
din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei
din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

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 şi 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 şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.
La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 3 alin. (3) din anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic dentist din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

Notă

---

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

---

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 asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 12

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauze speciale

Articolul 13

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

Articolul 14

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

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

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 sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - h), j) - t), u), w), y) precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, se aplică următoarele sancţiuni:

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 situaţii.

(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 situaţii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 7 lit. ab), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care sa produs această situaţie;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţiei.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligaţiei de la art. 7 lit. ab) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line şi pentru prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope.

(6) Reţinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (4) depăşeşte prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa 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 relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeaşi destinaţie.

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 situaţii:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către 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 dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi 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 excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului /medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) în cazul nerespectării obligaţiilor 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), (2) şi (4) precum şi 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 situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale de medicină dentară îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, după caz;

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

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

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 18 lit. a) - cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de

sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor 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 puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi ???? furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

Articolul 18

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

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 58 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. v), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligaţiei de plată a contribuţiei la fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor dentişti de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale, centrele de sănătate multifuncţionale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în această situaţie.

Articolul 19

Situaţiile prevăzute la art. 16 şi 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. Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

Articolul 20

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi 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 părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

Articolul 21

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

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

Articolul 22

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

Articolul 23

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin .... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea. Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIII. Soluţionarea litigiilor

Articolul 24

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

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINĂ DENTARĂ
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	
.....	
Director executiv al Direcţiei Economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei Relaţii Contractuale,	
.....	
Vizat Juridic, contencios	
.....	

ACT ADIŢIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - pentru radiografia dentară retroalveolară şi panoramică efectuate de medicii de medicină dentară

Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

Anexa 17

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE PARACLINICE

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE PARACLINICE

1. Lista investigaţiilor paraclinice - analize de laborator

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator	Tarif 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 şi INR*1) (Internaţional Normalised Ratio)	14,68
9	2.6102	APTT	12,30
10	2.6103	Fibrinogenemie*1)	13,68
Biochimie - serică şi urinară			
11	2.1002	Proteine totale serice*1)	7,04
12	2.1003	Electroforeza proteinelor serice*1)	15,20
13	2.10063	Feritină serică	40,00
14	2.1011	Uree serică*1)	5,86
15	2.1012	Acid uric seric*1)	5,86
16	2.1014	Creatinină serică*1), **)	5,92
17	2.1015	Bilirubină totală*1)	5,86
18	2.1016	Bilirubină directă*1)	5,86
19	2.1020	Glicemie*1)	5,74
20	2.10303	Colesterol seric total*1)	5,74
21	2.10304	HDL colesterol*1)	8,19
22	2.10305	LDL colesterol*1)	7,69
23	2.10306	Trigliceride serice*1)	7,04
24	2.10402	TGP*1)	5,86
25	2.10403	TGO*1)	5,83
26	2.10404	Creatinkinaza CK	10,00
27	2.10406	Gama GT	7,99
28	2.10409	Fosfatază alcalină*1)	7,79
29	2.10500	Sodiu seric*1)	10,00
30	2.10501	Potasiu seric*1)	11,00
31	2.10503	Calciu seric total*1)	5,37
32	2.10504	Calciu ionic seric*1)	7,88
33	2.10505	Magneziemie*1)	5,37
34	2.10506	Sideremie*1)	7,10
35	2.10507	Fosfor (fosfat seric)	13,00
36	2.2600	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1)	9,34
37	2.2604	Dozare proteine urinare*1)	5,37

C.M.C. Piatra Neamţ

38	2.2612	Microalbuminuria (albumină urinară)*8)	22,00
39	2.2622	Dozare glucoză urinară*1)	5,37
40	2.2623	Creatinină urinară*8)	8,00
Imunologie			
41	2.2500	TSH*1)	20,50
42	2.2502	FT4*1)	20,83
43	2.2507	Parathormonul seric (PTH)	43,00
44	2.2509	Hormonul foliculinostimulant FSH	23,82
45	2.2510	Hormonul luteinizant (LH)	23,82
46	2.2514	Cortizol	27,87
47	2.2521	Testosteron	30,10
48	2.2522	Estradiol	23,82
49	2.2523	Progesteron	25,31
50	2.2525	Prolactină	25,31
51	2.327091	Anti-HAV IgM*2)	40,98
52	2.327092	Ag HBs (screening)*2)	31,15
53	2.327093	Anti HCV*2)	64,90
54	2.32710	Testare HIV la gravidă*1)	33,29
55	2.40000	ASLO*1)	11,48
56	2.40010	VDRL*1) sau RPR*1)	5,49
57	2.40013	Confirmare TPHA*4)	12,29
58	2.40203	Antigen Helicobacter Pylori*1)	40,00
59	2.430011	Complement seric C3	10,84
60	2.430012	Complement seric C4	10,84
61	2.43010	IgG seric	14,77
62	2.43011	IgA seric	14,77
63	2.43012	IgM seric	15,10
64	2.43014	IgE seric	14,29
65	2.40053	Proteina C reactivă*1)	10,67
66	2.43040	Factor rheumatoid	9,34
67	2.43044	ATPO	39,00
68	2.43135	PSA*1)	23,07
69	2.43136	free PSA*6)	23,61
Microbiologie			
Exudat faringian			
70	2.3025	Examen bacteriologic exudat faringian - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană*1)	15,29
71	2.50102	Examen fungic exudat faringian - Examen	

Clinica Piatra Neamț

		microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică*1)	15,29
Examen urină			
72	2.3100	Urocultură*1) Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană	15,29
73	2.50116	Examen fungic urină*1) Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică	15,29
Examen materii fecale			
74	2.3062	Coprocultură*1) Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană	15,29
75	2.50120_1	Examen micologic materii fecale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică	15,29
76	2.5100	Examen coproparazitologic *1)	12,46
77	2.2701	Depistare hemoragii oculte*1)	25,00
Examene din secreţii vaginale			
78	2.3074	Examene din secreţii vaginale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană	15,29
79	2.50114	Examene din secreţii vaginale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică	15,29
Examene din secreţii uretrale			
80	2.3080	Examene din secreţii uretrale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană	15,29
81	2.50115	Examene din secreţii uretrale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică	15,29
Examene din secreţii otice			
82	2.3050	Examen bacteriologic din secreţii otice - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană	15,29
83	2.50119	Examen fungic din secreţii otice - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică	15,29
Examene din secreţii nazale			
84	2.3022	Examen bacteriologic din secreţii nazale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană*1)	15,29
85	2.50103	Examen fungic din secreţii nazale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică*1)	15,29
Examene din secreţii conjunctivale			
86	2.3040	Examen bacteriologic din secreţii conjunctivale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană	15,29
87	2.50110	Examen fungic din secreţii conjunctivale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică	15,29
Examene din colecţie purulentă			

88	2.5032	Examen bacteriologic din colecţie purulentă - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană	15,29
89	2.50120_2	Examen fungic din colecţie purulentă - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică	15,29
Testarea sensibilităţii la substanţe antimicrobiene şi antifungice			
90	2.313	Antibiogramă*5)	12,23
91	2.502	Antifungigramă*5)	14,55
Examinări histopatologice şi citologice			
92	2.9021_1	Examen histopatologic procedura completa HE* (1-3 blocuri) *7)	130 lei
93	2.9021_2	Examen histopatologic procedura completa HE* (4-6 blocuri) *7)	250 lei
94	2.9010_1	Examen histopatologic procedura completa HE* şi coloraţii speciale (1-3 blocuri) *7)	160 lei
95	2.9010_2	Examen histopatologic procedura completa HE* şi coloraţii speciale (4-6 blocuri) *7)	280 lei
96	2.9030	Teste imunohistochimice *)	200 lei /set
97	2.9022	Citodiagnostic sputa prin incluzii la parafină (1-3 blocuri)	100 lei
98	2.9160	Examen citologic cervico-vaginal Babeş-Papanicolau *1)	40 lei
99	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncţie	80 lei

Tabelul de la pct. 1, lit. A din anexa 17 a fost modificat de RECTIFICAREA nr. 388 din 31 martie 2015, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 303 din 4 mai 2015.

NOTA 1:

Notă

*) Un set cuprinde 1- 4 teste şi se decontează maxim 2 seturi; se efectuează la recomandarea medicilor de specialitate din specialităţile oncologie şi hematologie sau fără recomandarea medicului specialist pe răspunderea medicului de pe anatomie patologică atunci când apreciază necesar pentru stabilirea diagnosticului.

**) Laboratoarele înscriu pe buletinele de analiză rata estimată a filtrării glomerulare (eRGF) prin formula CKD-EPI 2009 la fiecare determinare a creatininei serice, pentru asiguraţii care au evidenţiat pe biletul de trimitere pentru investigaţii paraclinice că aceasta este evidenţiat - management de caz pentru boala cronică de rinichi. În situaţia în care pe buletinele de analiză ale pacienţilor cu management de caz, nu este înscrisă rata estimată a filtrării glomerulare (eRGF), investigaţia nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

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

*2) Investigaţii paraclinice ce pot fi recomandate şi de medicii de familie numai pentru gravide şi contacţii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.

*3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialişti 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 a medicului de specialitate din specialităţile clinice, pe răspunderea medicului de laborator.

*5) Se decontează numai în cazul în care cultura este pozitivă, fără recomandarea medicului de familie sau de specialitate din specialităţile clinice, pe răspunderea medicului de laborator. Se decontează o antibiogramă/ antifungigramă, după caz, pentru fiecare din culturile pozitive identificate.

*6) Se recomandă pentru bolnavii cu afecţiuni oncologice, de către medicii de specialitate din specialităţile clinice oncologie şi hematologie şi de către medicii de specialitate urologie pentru diagnosticul diferenţial 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) Tariful cuprinde bloc inclus la parafină, secţionare, colorare hematoxilin-eozina şi diagnostic histopatologic.
*8) Investigaţii paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie, pentru asiguraţii care au evidenţiat pe biletul de trimitere pentru investigaţii paraclinice management de caz pentru HTA, dislipidemie, diabet zaharat tip 2, astm bronşic, boală cronică respiratorie obstructivă (BPOC) şi boală cronică de rinichi, după caz.

NOTA 2: Pentru culturile bacteriene şi fungice, preţul include toate etapele diagnosticului: examene microscopice, cultură şi identificare.
NOTA 3: Toate examinările histopatologice şi citologice (cu exceptia testelor imunohistochimice) din pachetul de baza din ambulatoriu se efectuează numai pentru probele recoltate în cabinetele de specialitate din ambulatoriu; din piesele recoltate din ambulatoriu pot fi prelevate maxim 6 blocuri.
NOTA 4: Investigaţiile paraclinice - analize de laborator recomandate de medicul de familie urmare a consultaţiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 şi 18 ani, precum şi pentru persoanele asimptomatice peste 18 ani, prevăzute la nota de la punctul 1.2.1, respectiv nota de la punctul 1.2.3 din anexa 1 la ordin, se efectuează pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie; biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice şi are completat câmpul corespunzător prevenţiei. Contravaloarea acestor investigaţii paraclinice se suportă de către furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate
2. Lista investigaţiilor paraclinice de radiologie - imagistică medicală, medicină nucleară şi explorări funcţionale

Nr. crt.	Denumire examinare radiologică/ imagistică medicală / explorare funcţională	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
1	2	3
	I. Radiologie - Imagistică medicală	
	A. Investigaţii convenţionale	
	1. Investigaţii cu radiaţii ionizante	
1	Ex. radiologic cranian standard*1)	18
2	Ex. radiologic cranian în proiecţie sinusuri anterioare ale feţei*1)	30
3	Ex. radiologic părţi schelet în 2 planuri*1)	35
4	Radiografie de membre*1):	35
	a) Braţ	
	b) Cot	
	c) Antebraţ	
	d) Pumn	
	e) Mână	
	f) Şold	
	g) Coapsă	
	h) Genunchi	
	i) Gambă	
	j) Gleznă	
	k) Picior	
	l) Calcaneu	
5	Examen radiologic articulaţii sacro-iliace*1)	35
6	Ex. radiologic centură scapulară*1)	23
7	Examen radiologic coloană vertebrală /segment*1)	35
8	Ex. radiologic torace ansamblu*1)	32
9	Ex. radiologic torace osos (sau părţi) în mai multe planuri/Ex. radiologic torace şi organe toracice*1)	32
10	Ex. radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ*1)	32

11	Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanţă de contrast*1)	56
12	Ex. radiologic tract digestiv până la regiunea ileo-cecală, cu substanţă de contrast*1)	82
13	Ex. radiologic colon dublu contrast	100
14	Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare	70
15	Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanţă de contrast	220
16	Cistografie de reflux cu substanţă de contrast	250
17	Pielografie	250
18	Ex. radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanţă de contrast	250
19	Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanţă de contrast	250
20	Ex. radiologic uter şi oviduct cu substanţă de contrast	280
21	Radiografie retroalveolară	15
22	Radiografie panoramică	30
23	Mamografie în 2 planuri/pentru un sân *1) - Obligatoriu în baza unui bilet de trimitere investigaţia se efectuează pentru ambii sâni, cu excepţia situaţiilor în care asigurata are mastectomie unilaterală	35
24	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanţă de contrast	200
25	Osteodensitometrie segmentară (DXA)	25
	2. Investigaţii neiradiante	
26	Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	60
27	Ecografie abdomen*1)	40
28	Ecografie pelvis*1)	30
29	Ecografie transvaginală/transrectală	50
30	Ecografie de vase (vene)	30
31	Ecografie de vase (artere)	30
32	Ecografie ganglionară	30
33	Ecografie transfontanelară	40
34	Ecografie de organ/articulaţie/părţi moi*2)	25
35	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II	350
36	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN	80
37	Senologie imagistică - ecografie pentru un sân *1) - obligatoriu în baza unui bilet de trimitere investigaţia se efectuează pentru ambii sâni, cu excepţia situaţiilor în care asigurata are mastectomie unilaterală	40
38	Ecocardiografie	40
39	Ecocardiografie + Doppler	50
40	Ecocardiografie + Doppler color	55

CJAS Piatra Neamţ

41	Ecocardiografie transesofagiană	170
	B. Investigaţii de înaltă performanţă	
42	CT craniu nativ	120
43	CT buco-maxilo-facial nativ	150
44	CT regiune gât nativ	130
45	CT regiune toracică nativ	175
46	CT abdomen nativ	175
47	CT pelvis nativ	175
48	CT coloană vertebrală nativ/segment	60
49	CT membre nativ/membru	60
50	CT mastoida	150
51	CT sinusuri	150
52	CT craniu nativ şi cu substanţă de contrast	375
53	CT hipofiză cu substanţă de contrast	375
54	CT buco-maxilo-facial nativ şi cu substanţă de contrast	400
55	CT regiune gât nativ şi cu substanţă de contrast	375
56	CT regiune toracică nativ şi cu substanţă de contrast	450
57	CT abdomen nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos	400
58	CT pelvis nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos	400
59	CT coloană vertebrală nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos/segment	400
60	CT membre nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos/membru	180
61	CT ureche internă	375
62	Uro CT	400
63	Angiografie CT membre	400
64	Angiografie CT craniu	400
65	Angiografie CT regiune cervicală	400
66	Angiografie CT torace	400
67	Angiografie CT abdomen	400
68	Angiografie CT pelvis	400
69	Angiocoronarografie CT	700
70	RMN cranio-cerebral nativ	450
71	RMN sinusuri	450
72	RMN torace nativ	450
73	RMN gât nativ	450
74	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrată) nativ	450

CJAS Piatra Neamţ

75	RMN abdominal nativ	450
76	RMN pelvin nativ	450
77	RMN extremităţi nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	450
78	RMN umăr nativ	450
79	RMN umăr nativ şi cu substanţă de contrast	700
80	RMN torace nativ şi cu substanţă de contrast	700
81	RMN regiune cervicală nativ şi cu substanţă de contrast	700
82	RMN cranio-cerebral nativ şi cu substanţă de contrast	700
83	RMN regiuni coloană vertebrală (cervicală, toracală, lombosacrată) nativ şi cu substanţă de contrast	700
84	RMN abdominal nativ şi cu substanţă de contrast	700
85	RMN pelvin nativ şi cu substanţă de contrast	700
86	RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu substanţă de contrast	700
87	RMN cord nativ	700
88	RMN cord cu substanţă de contrast	700
89	RMN hipofiză cu substanţă de contrast	700
90	Uro RMN cu substanţă de contrast	850
91	Angiografia RMN trunchiuri supraaortice	400
92	Angiografia RMN artere renale sau aortă	400
93	Angiografie RMN /segment (craniu, abdomen, pelvis, membre etc.)	600
94	Angiografia carotidiană cu substanţă de contrast	400
95	RMN abdominal cu substanţă de contrast şi colangio RMN	800
96	Colangio RMN	300
	II. Explorări funcţionale	
97	EKG*1)	10
98	Holter TA 25	
99	Spirometrie*1)	20
100	Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	25
101	Peak-flowmetrie*1)	5
102	Electroencefalografia (EEG)	20
103	Electromiografie (EMG)	25
104	Testul de efort pentru evaluarea funcţiei respiratorii	20
105	Spirometrie de efort	20
106	Bronhospirometrie	20
107	Teste de provocare inhalatorii	20
108	Înregistrare ECG continuă ambulatorie, holter	75
	III. Medicină nucleară	

CJAS - Piața Neamț

109	Scintigrafia renală	450
110	Scintigrafia cerebrală (scintigrafie SPECT perfuzie cerebrală - 30/90 min de la inj)	450
111	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică la efort (scintigrafie spect perfuzie miocardică efort)	450
112	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică în repaus (scintigrafie spect perfuzie miocardică repaus)	450
113	Studiu radioizotopic de perfuzie pulmonară/scintigrafie perfuzie pulmonară	450
114	Scintigrafia osoasă localizată	450
115	Scintigrafia osoasă completă	450
116	Scintigrafia hepatobiliară	450
117	Scintigrafia tiroidiană	450
118	Scintigrafia paratiroidiană	450

NOTA 1:

Notă

*1) Investigaţii 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 asiguraţii care au evidenţiat pe biletul de trimitere pentru investigaţii paraclinice management de caz.

NOTA 2: Filmele radiologice şi substanţele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA 3: Indicaţia de utilizare a substanţei de contrast aparţine medicului de specialitate radiologie şi imagistică medicală care va confirma utilizarea substanţei de contrast prin aplicarea parafei şi semnăturii pe biletul de trimitere.

Investigaţiile cu substanţă de contrast sunt decontate de casele de asigurări de sănătate şi în cazul în care utilizarea substanţei de contrast a fost specificată în biletul de trimitere şi avizată de medicul de radiologie-imagistică.

Pentru cazul în care se efectuează o investigaţie fără substanţă de contrast, urmată din necesitate de o investigaţie cu substanţă de contrast, se decontează numai tariful investigaţiei cu substanţă de contrast.

NOTA 4: Pentru medicii cu specialităţi medicale clinice, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice care îşi desfăşoară activitate în cabinete indiferent de forma lor de organizare, în condiţiile în care aceştia au competenţa/atestatele de studii complementare corespunzătoare specialităţii, după caz şi dotarea necesară:

a) Serviciul prevăzut la poziţia 26 se decontează medicilor de familie şi medicilor de specialitate pentru specialităţi clinice.

b) Serviciile prevăzute la poziţia 27 şi 28 se decontează medicilor de specialitate pentru specialităţi clinice;

c) Serviciile prevăzute la poziţia 29 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie şi numai pentru afecţiuni ginecologice, respectiv specialitatea urologie şi numai pentru afecţiuni urologice - prostată şi vezică urinară;

d) Serviciile prevăzute la poziţiile: 30, 31, 38, 39, 40 se decontează numai pentru medicii din specialităţile: cardiologie, medicină internă, neurologie, pediatrie, geriatrie şi gerontologie; serviciile prevăzute la poziţia 30 şi 31 se decontează şi pentru medicii de specialitate nefrologie; serviciul prevăzut la poziţia 41 se decontează numai pentru medicii de specialitate cardiologie;

e) Serviciul prevăzut la poziţia 32 se decontează medicilor din specialitatea: oncologie, hematologie, endocrinologie, chirurgie generală, chirurgie orală şi maxilo-facială, pediatrie şi medicină internă;

f) Serviciile prevăzute la poziţia 33 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;

g) Serviciile prevăzute la poziţia 34 (ecografie de organ/de părţi moi/de articulaţie) se decontează numai pentru medicii din specialităţile: diabet, nutriţie şi boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecţioase, ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, reabilitare medicală şi reumatologie;

h) Serviciile prevăzute la poziţiile 35 şi 36 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală;

i) Serviciile prevăzute la poziţia 37 se decontează numai pentru medicii din specialităţile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie şi oncologie;

NOTA 5:

a) Pentru serviciile prevăzute la poziţiile: 2 - 4, 7, 21, 23, 48, 49, 59, 60, 63, 74, 77, 83, 86, 93 tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru indiferent de numărul de incidenţe recomandate şi efectuate, cu excepţia serviciilor prevăzute la poz. 2, 3, 4, 7, 21 şi 23 pentru care tariful se referă la minim 2 incidenţe. În cazul explorării mai multor segmente/membre, se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;

b) Pentru serviciul prevăzut la poziţia 25 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 investigaţiilor CT şi RMN efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani care necesită efectuarea anesteziei generale şi implicit prezenţa unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora se vor majora cu 20%. Pentru investigaţiile CT şi RMN prevăzute la poziţiile: 48, 49, 59, 60, 63, 74, 77, 83, 86, 93 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 performanţă (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se decontează numai pe bază de recomandare medicală asiguraţilor în următoarele condiţii:

a) Urgenţe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 22 la ordin;

b) Afecţiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilităţi de explorare.

Investigaţiile menţionate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice. În acest caz biletul de trimitere cuprinde şi datele din fişele de solicitare prevăzute în anexa nr. 24 la ordin; biletele de trimitere se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea şi un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. La biletul de trimitere se ataşează de către medicul trimiţător, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigaţii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Pentru efectuarea investigaţiilor CT şi 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 spaţiului şi dotărilor necesare pentru perioada de pre şi post anestezie, precum şi dovada relaţiei de muncă cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigaţii sunt decontate de casele de asigurări de sănătate numai dacă fişa de solicitare este însoţită de o copie a fişei de preanestezie pe care va fi aplicată parafa şi semnătura medicului cu specialitatea ATI şi care va avea acelaşi circuit ca şi fişa de solicitare.

NOTA 7: Medicii de familie, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 26, 97 şi 99, respectiv ecografie generală (abdomen + pelvis), EKG şi spirometrie.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A, pe baza biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice eliberate de medici de familie, respectiv de medici de specialitate din specialităţile clinice pentru situaţiile care se încadrează la anexa nr. 1 litera B punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 respectiv la anexa nr. 7 litera B pct. 1, subpunctul 1.2 la ordin.

2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă. Furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii

medicale programate acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană.
3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

Anexa 18

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate
pentru specialităţile paraclinice

Articolul 1

Plata serviciilor din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice, se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

Articolul 2

(1) La stabilirea sumei contractate pentru investigaţiile medicale paraclinice prevăzute în anexa nr. 17 la ordin, de către:
- furnizorii de servicii medicale paraclinice (de analize medicale de laborator, de anatomie patologică, de investigaţii medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală şi de investigaţii medicale paraclinice - explorări funcţionale),
- furnizorii de servicii medicale clinice (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice),
- medicii de familie (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară),
- furnizorii de servicii de medicină dentară (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară), cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere:

a) numărul de investigaţii paraclinice;

b) tarifele pentru analize medicale de laborator / tarifele aferente investigaţiilor paraclinice de radiologie - imagistică medicală, medicină nucleară şi explorări funcţionale prevăzute în anexa nr. 17 la ordin.

Numărul de investigaţii paraclinice negociat între furnizorii de investigaţii medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografii), medicii de familie (numai pentru ecografie generală - abdomen şi pelvis, EKG şi spirometrie), furnizorii de servicii de medicină dentară (numai pentru radiografia dentară retroalveolară şi panoramică) şi casele de asigurări de sănătate se stabileşte în limita numărului de investigaţii paraclinice necesar pe total judeţ, determinat de comisia constituită conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare, cu încadrarea în suma prevăzută cu această destinaţie.
Repartizarea fondului alocat la nivelul fiecărei casei de asigurări de sănătate pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, investigaţii de radiologie-imagistică medicală şi explorări funcţionale, se stabileşte de către comisia constituită conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare cu încadrarea în suma prevăzută cu această destinaţie.
Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se defalchează pe trimestre şi pe luni.

(2) Numărul investigaţiilor paraclinice negociat este orientativ, existând obligaţia încadrării în valoarea lunară a contractului/actului adiţional.

(3) Lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligaţia încadrării în limita valorii lunare de contract. În situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârşitul unei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract/act adiţional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract/act adiţional valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeaşi lună şi-au epuizat valoarea de contract. Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor de la data semnării actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.
Sumele rezultate din economii într-o lună, de la investigaţiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator, anatomie patologică, de la investigaţiile medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală şi de la investigaţiile medicale paraclinice - explorări funcţionale, se redistribuie furnizorilor care în aceeaşi lună şi-au epuizat valoarea de contract.

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

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2015 cu destinaţia servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiţionale la contractele/actele adiţionale iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul/actul adiţional iniţial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de selecţie şi contractare prevăzute în prezentele norme, precum şi reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului iniţial al acestora s-a/s-au modificat.

(6) În situaţii justificate furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigaţii medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală, precum şi servicii medicale paraclinice - explorări funcţionale - pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunară de contract/act adiţional în limita a maxim 10%, cu excepţia lunii decembrie, cu condiţia ca această depăşire să influenţeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adiţional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv.

(7) În situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor din anexele nr. 19 şi 20 la ordin se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract. Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

Neanunţarea acestor situaţii şi constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligaţiilor contractuale din contractul de furnizare de investigaţii paraclinice şi conduce la rezilierea contractului.

Articolul 3

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relaţii contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate în anexa nr. 17 la ordin.

Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate pentru investigaţiile paraclinice sunt cele prevăzute în anexa nr. 17 la ordin.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează ecografii furnizorilor de servicii medicale clinice precum şi ecografii generale (abdomen şi pelvis), EKG şi spirometrie furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală primară, cuprinse în anexa nr. 17 la ordin, în condiţiile prevăzute în anexa nr. 17 la ordin, la tarifele prevăzute în aceeaşi anexă.

Pentru ecografiile, EKG-urile şi spirometriile pentru care medicii de familie încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, programul de lucru se prelungeşte corespunzător.

Pentru ecografiile pentru care medicii cu specialităţi medicale clinice încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, programul de lucru se prelungeşte corespunzător.

Pentru medicii cu specialităţi medicale clinice aceste investigaţii medicale paraclinice pot fi efectuate atât ca urmare a actului medical propriu, cât şi ca urmare a trimiterii de către alţi medici de specialitate în cadrul unui program suplimentar faţă de cel contractat pentru serviciile medicale din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice.

(3) Casele de asigurări de sănătate nu decontează investigaţiile paraclinice - analize de laborator recomandate de medicul de familie urmare a consultaţiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 şi 18 ani, precum şi pentru persoanele asimptomatice peste 18 ani, prevăzute la nota de la punctul 1.2.1, respectiv nota de la punctul 1.2.3 din anexa 1 la ordin.

Contravaloarea acestor investigaţii paraclinice se suportă de către furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, în cuantum de 12% raportată la suma totală contractată cu casele de asigurări de sănătate pentru analize medicale de laborator, defalcată proporţional pe luni.

Prevederile nu se aplică furnizorilor care contractează cu casa de asigurări de sănătate numai servicii de anatomie patologică.

Pentru investigaţiile paraclinice anterior menţionate, furnizorul de servicii medicale paraclinice transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea activităţii în vederea decontării, un centralizator al cărui model este prevăzut prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Articolul 4

(1) Biletul de trimitere pentru investigaţiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în două exemplare şi are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin excepţie biletele de trimitere pentru efectuarea de investigaţii paraclinice specifice pentru afecţiunile cuprinse în unele programe naţionale de sănătate: diabetul şi bolile de nutriţie precum şi cele pentru afecţiunile oncologice, au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice specifice este de până la 60 zile calendaristice. Biletul de trimitere pentru investigaţii paraclinice - examinări histopatologice şi citologice are termen de valabilitate 90 de zile calendaristice având în vedere specificul recoltării şi transmiterii probei/probelor către un furnizor de servicii de anatomie patologică. Biletul de trimitere pentru investigaţii paraclinice recomandate de medicul de familie/medicul de specialitate din ambulatoriu, care are evidenţiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice.

Un exemplar al biletului de trimitere rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi un exemplar este înmânat asiguratului. În situaţia în care, din motive obiective, investigaţiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligaţia 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 şi data programării, semnătura şi ştampila furnizorului; dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigaţii medicale paraclinice.

Pentru investigaţii paraclinice - examinări histopatologice şi citologice, dacă recoltarea probei/probelor se face de către medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, ambele exemplare al biletului de trimitere rămân la medicul care a făcut recoltarea probei/probelor din care un exemplar însoţeşte proba/probele recoltate şi se transmite furnizorului de servicii de anatomie patologică împreună cu aceasta/acestea.

La momentul prezentării la furnizorul de investigaţii paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigaţiilor, cu excepţia examinărilor histopatologice şi 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 investigaţiilor.

Dacă recoltarea probei/probelor se face într-un laborator aflat în relaţie 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 investigaţiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere păstrează biletul de trimitere şi 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 evidenţa biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligaţia să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice de la data la care acesta se implementează.

(2) Dacă în perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice un asigurat se internează în spital fără ca investigaţiile recomandate să fie efectuate în ambulatoriu anterior internării, biletul de trimitere îşi pierde valabilitatea, cu excepţia biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice de înaltă performanţă dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesităţii efectuării acestor investigaţii de către medicul care a făcut trimiterea.

Investigaţiile medicale paraclinice efectuate unui asigurat în ambulatoriu pe perioada în care acesta a fost internat precum şi 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 investigaţii medicale paraclinice - dacă pe verso-ul biletului de trimitere nu este consemnată declaraţia asiguratului prevăzută la alin. (1), cu excepţia investigaţiilor medicale paraclinice de înaltă performanţă dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesităţii efectuării acestor investigaţii de către medicul care a făcut trimiterea.

În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate constată că, pe perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice, asiguratul a fost internat într-un spital şi declaraţia 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 situaţia 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 şi declaraţia pe proprie răspundere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

(3) Este interzisă înlocuirea sau adăugarea altor investigaţii 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 asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice.

(5) Fiecare casă de asigurări de sănătate îşi organizează modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigaţiile paraclinice.

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

(6) Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004, investigaţiile medicale paraclinice se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene /din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană.

Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigaţiilor medicale paraclinice. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţi paraclinice solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigaţiilor medicale paraclinice.

Articolul 5

Serviciile de înaltă performanţă (RMN, CT, scintigrafie şi angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice de înaltă performanţă care se întocmeşte în 2 exemplare, din care unul rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi unul la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă, pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. Biletul de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe ţară şi are valabilitate 90 de zile. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice de la data la care acesta se implementează.

Articolul 6

(1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale paraclinice facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, şi 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 şi 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 obligaţia să transmită zilnic casei de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relaţie 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 asiguraţi la tarifele stabilite de furnizori şi afişate 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 Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pot fi angajaţi numai medici precum şi alte categorii de personal, în conformitate cu dispoziţiile legale în vigoare.

Articolul 9

Pentru unităţile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, contractele/actele adiţionale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unităţii sanitare în structura căreia se află aceste unităţi şi casa de asigurări de sănătate.

Articolul 10

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. 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 .....

DECLARAŢIE

Subsemnatul(a),
.....
legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii,
declar pe propria răspundere că am / nu am contract de furnizare de servicii medicale paraclinice şi cu:
[] Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti
[] Casa de Asigurări de Sănătate
.....

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

Anexa 18 B

- model -

Furnizori de servicii medicale paraclinice - laborator de analize medicale:
.....
Punct de lucru*1) .....

FORMULAR PRIVIND PERSONALUL MEDICO-SANITAR

MEDICI/

CERCETĂTORI ŞTIINŢIFICI ÎN ANATOMIE-PATOLOGICĂ

Total medici =
Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Nr. contract
D - Tip contract
E - Program de lucru
F - Cod parafă
G - Specialitatea/Competenţa
H - Specialitatea/Competenţa*)
I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru CMR		Asigurare de răspundere civilă		Contract **)						
				Serie şi nr.	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabilă până la	C	D	E	F	G	H	I

*) se completează în situaţia în care un medic are mai multe specialităţi paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii

ASISTENŢI MEDICALI DE LABORATOR/

ASISTENŢI DE CERCETARE ŞTIINŢIFICĂ ÎN ANATOMIE-PATOLOGICĂ

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării

B - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională			Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		
				Serie şi nr.	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract	Program de lucru

Total asistenţi =

CHIMIŞTI MEDICALI/CHIMIŞTI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Program de lucru

B - Cod parafă (după caz)

C - Grad profesional

D - Data eliberării

E - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională			Asigurare de răspundere civilă		Contract**)			A	B	C
				Serie şi nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

Total chimişti =

BIOLOGI MEDICALI/BIOLOGI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Program de lucru

B - Cod parafă (după caz)

C - Grad profesional

D - Data eliberării

E - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională			Asigurare de răspundere civilă		Contract**)			A	B	C
				Serie şi nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

Total biologi =

BIOCHIMIŞTI MEDICALI/BIOCHIMIŞTI

Total biochimişti =

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Program de lucru

B - Cod parafă (după caz)

C - Grad profesional

D - Data eliberării

E - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională			Asigurare de răspundere civilă		Contract**)			A	B	C
				Serie şi nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

C.I.P. Piatra Neamţ

			şi nr.					până la	contract	contract				

*1) În situaţia 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.).

NOTĂ: Se va completa în mod corespunzător un formular şi pentru farmacist

Răspundem de corectitudinea şi exactitatea datelor

Reprezentant legal: .....

Nume şi prenume, semnătura, ştampila: .....

Data întocmirii: .....

Anexa 18 C

- model -

Furnizor de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală .....

Punct de lucru*1) .....

PERSONAL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării

B - Data expirării

C - Valabilă până la

D - Valoare

E - Nr. contract

F - Tip contract

G - Specialitatea/Competenţa

H - Specialitatea/Competenţa*)

I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru CMR/CMDR		Asigurare de răspundere civilă		Contract **)					
				Serie şi nr.	A	B	Nr.	C	D	E	F	Program de lucru	Cod parafă	G	H	I

*) se completează în situaţia în care un medic are mai multe specialităţi paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii

Total medici =

OPERATORI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Tip de activitate**)

B - Data eliberării

C - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru asociaţie profesională			Contract**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)	A
				Serie şi nr.	B	C	Nr. contract	Tip contract			

**) absolvent colegiu imagistică medicală, asistent medical imagistică medicală, bioinginer, fizician

Copie F. Piatra Neamţ

Total operatori =

ASISTENŢI MEDICALI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării

B - Data expirării

C - Valabilă până la

D - Nr. contract

E - Tip contract

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/CI	ALP/ Certificat membru asociaţie profesională				Asigurare de răspundere civilă	Contract **)		Program de lucru	Specialitatea/ Competenţa
			Serie şi nr.	A	B	Nr.	C	Valoare	D	E		

Total asistenţi medicali =

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURĂ MEDICALĂ

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională			Contract**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)
			Serie şi nr.	Data eliberării		Data expirării	Nr. contract	Tip contract		

Total personal auxiliar - tehnician aparatură medicală =

---

*1) În situaţia 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 şi exactitatea datelor

Reprezentant legal .....

Nume şi prenume, semnătura, ştampila .....

Data întocmirii .....

Anexa 19

CRITERII
privind selecţia furnizorilor de servicii medicale paraclinice
- laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice -
laboratoare de analize medicale

Capitolul I

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

Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:

1. Să fie autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;

2. a) Să facă dovada capacităţii tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigaţiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la litera A, pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin, cu excepţia examinărilor de anatomie patologică (histopatologice şi de citologie).

b) Pentru examinările de anatomie patologică (histopatologice şi de citologie), furnizorul are obligaţia de a face dovada capacităţii tehnice numai în situaţia în care solicită contractarea acestora.

3. Furnizorul va prezenta un înscris cu menţiunea seriei, a anului de fabricaţie, a capacităţii de lucru şi a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producător/distribuitor autorizat/furnizor de service autorizat.
4. Să facă dovada că toată durata programului de activitate 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 prezenţa unui medic de specialitate medicină de laborator sau biolog medical, chimist medical, biochimist medical - cu grad de specialist, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi (7 ore) programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.
Să facă dovada că toată durata programului de activitate 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 prezenţa 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 îşi desfăşoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei care să acopere cel puţin o normă/zi (6 ore).
În situaţia în care în structura unui laborator de analize medicale este organizată şi avizată o structură care efectuează examinări histopatologice şi/sau citologice, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia îşi desfăşoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei.
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 cerinţelor pentru calitate şi competenţă"
subcriteriul b) "participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale"
pentru minim 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigaţiilor paraclinice
Numărul total de analize cuprinse în lista investigaţiilor medicale paraclinice este de 91.
NOTĂ: Pentru laboratoarele de anatomie patologică nu se aplică punctul 2.a) şi punctul 5.
6. Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale documente prin care producătorul de aparatură de laborator, reactivi şi consumabile, certifică respectarea standardului EN ISO 13485:2003 pentru toate aparatele, reactivii şi consumabile utilizate pentru serviciile medicale paraclinice ce fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Capitolul II

Criterii privind repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - analize medicale de laborator - stabilit pe total judeţ

1. Numărul de investigaţii paraclinice - analize de laborator se stabileşte la nivelul fiecărui judeţ de către comisia înfiinţată conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare.
2. La stabilirea sumelor ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor	50 %
2. criteriul de calitate	50 %

1. Criteriul de evaluare a resurselor
Ponderea acestui criteriu este de 50 %.
Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - obţine un punctaj corespunzător acestui criteriu.
Metodologia de stabilire a punctajului:
A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice
a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.
b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria şi numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existenţa şi deţinerea legală a acestora.
c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte toate fişele tehnice corespunzătoare aparatelor deţinute şi pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria şi numărul, şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fişele tehnice conforme ale acestora, având menţionate seriile echipamentelor şi nici cele care nu au declaraţii de conformitate CE pentru tipul aparatului.

e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

În acest sens, casele de asigurări de sănătate verifică capacitatea tehnică a fiecărui furnizor şi transmit Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data încheierii perioadei de depunere a dosarelor de contractare situaţia centralizatoare cu privire la:

- tipul şi denumirea fiecărui aparat
- seria şi numărul fiecărui aparat
- tipul, numărul şi data documentului care dovedeşte deţinerea legală a fiecărui aparat.

Constatarea ulterior încheierii contractului, a existenţei unor aparate de acelaşi tip şi cu aceeaşi serie şi număr la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiaşi furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service care să includă verificările periodice conform normelor producătorului aparatului, încheiat cu un furnizor avizat atât de Ministerul Sănătăţii conform prevederilor legale în vigoare, cât şi de producător, pentru aparatele ieşite din perioada de garanţie şi valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanţie pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligaţi să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanţie.

g) Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale din dotare achiziţionate "second hand". Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul /aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deţinut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Aparatele mai vechi de 8 ani calculaţi de la data fabricării nu se punctează.

Punctajul pentru fiecare aparat se acordă 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 5 puncte
- pentru modul flowcitometric - se adaugă 10 puncte

Notă

*) De menţionat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator cu specializare în hematologie sau cu specializare medicină de laborator pentru care hematologia a intrat în curricula de pregătire sau de către un biolog, biochimist sau chimist specialişti cu specializare în hematologie.

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului, maxim 2 analizoare, dintre cele prevăzute la pct. 1.1.

1.2. Hemostază:

a) analizor coagulare semiautomat - 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 poziţii - 5 puncte
b) între 11 - 20 poziţii - 10 puncte
c) peste 21 poziţii - 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 antibiogramei - 8 puncte
2.2. Micologie:
Metodă manuală

- decelarea prezenţei miceliilor şi 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 şi antibiograma sau antifungigrama în mod automat. Densitometrul (nefelometru) destinat măsurării turbidităţii suspensiilor bacteriene cât şi 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 şi urinară:
a) Analizoare pentru biochimie:
- a1 analizor semiautomat - 10 puncte
- a2 analizor de ioni semiautomat - 15 puncte
- 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, se adaugă 0,06 puncte/probă/oră

Se pot puncta maxim 4 aparate indiferent de tip (automat sau semiautomat) dintre cele prevăzute la litera a1, a2 şi a3

b) Analizoare pentru electroforeza
- b1 analizor semiautomat - 10 puncte
- b2 analizor automat - 30 puncte

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat) dintre cele prevăzute la litera b)

c) Analizoare pentru examen de urină:
- c1 - analizor semiautomat - 5 puncte
- c2 - analizor automat - 20 puncte

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat) dintre cele prevăzute la litera c)

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 funcţie de capacitatea de lucru a aparatului prevăzut la punctul b2), pentru fiecare investigaţie/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 metoda de lucru în plus, se adaugă câte 20 puncte.

NOTĂ: Sistemul automat de imunologie este considerat sistemul care îşi pipetează singur şi în mod automat volumul necesar de lucru atât din proba biologică cât şi din reactiv. În fişele 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 şi indiferent de metoda de lucru - ELISA sau sistem special).

Sunt considerate sisteme speciale sistemele bazate pe următoarele metode:

- CLIA - Chemiluminescenţă (Test Imunologic pe bază de Chemiluminiscenţă)
- ECLIA - Electrochemiluminescenţă (Test Imunologic pe bază de Electrochemiluminiscenţă)
- MEIA, EIA - Microparticle Enzyme Immunoassay (Metoda Imunologică Enzimatică; Metoda Imunologică Enzimatică pe bază de Microparticule)
- FPIA - Fluorescence Polarization Immunoassay (Metoda Imunologică prin Fluorescenţă de Polarizare)
- REA - Radiative Energy Attenuation (Atenuare de Energie Radiată)
- CMIA - Chemiluminescent microparticle immunoassay (Test Imunologic de Chemiluminiscenţă pe bază de Microparticule)
- EMIT - Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (Metoda 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 Imunofluorescenţă)

- ELFA cu detecţie în fluorescenţă - Test imunoenzimatic cu emisie de fluorescenţă
- 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
6. Histopatologie	
- Sistem automat de prelucrare a probelor (de la probă până la bloc de parafină)	40 puncte
- Sistem de colorare automată a lamelor	15 puncte
- Procesor de ţesuturi - histoprocesor automat fără vacum	5 puncte
- Procesor de ţesuturi - histoprocesor automat cu vacum	6 puncte
- Aparat coloraţie automatizată histochimică	5 puncte
- Aparat coloraţie automatizată imunohistochimie	7 puncte
- microtom parafină	5 puncte
- criotom	7 puncte
- termostat pentru parafină	1 punct
- platină sau baie termostatată	1 punct
- balanţă 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 desfăşoară activitate cel puţin un angajat cu studii superioare de specialitate.

B. Resursele umane

Personalul este punctat proporţional cu timpul lucrat în laborator.

Punctajul se acordă pentru fiecare personal medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă legală, cu normă întreagă, iar pentru fracţiuni de normă se acordă punctaj direct proporţional cu fracţiunea de normă lucrată.

1. medic primar de specialitate	40 puncte;
2. medic specialist	30 puncte;
3. chimişti medicali, biologi medicali, biochimişti medicali, principali	25 puncte;
4. chimişti medicali, biologi medicali, biochimişti medicali, specialişti	20 puncte;
5. chimişti, biologi, biochimişti	15 puncte;
6. farmacist	15 puncte;
7. asistenţi medicali de laborator cu studii superioare	10 puncte;
8. asistenţi medicali de laborator fără studii superioare	8 puncte.
9. cercetător ştiinţific CP 1 şi CP 2 în anatomie-patologică	40 puncte
10. cercetător ştiinţific CP 3 şi CS în anatomie-patologică	30 puncte
11. asistenţi de cercetare ştiinţifică 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 activităţii de laborator - care să conţină înregistrarea şi evidenţa biletelor de trimitere (serie şi număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă şi numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul şi numărul investigaţiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză şi arhivarea datelor de laborator, precum şi raportarea activităţii desfăşurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificaţiile tehnice ale aplicaţiei, care se verifică la sediul furnizorului):	
- operaţional - instalat şi cu aparate conectate pentru transmitere de date	- 10 puncte;
3. website - care să conţină minimum următoarele informaţii: a - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcţionare, certificări/acreditări	- 2 puncte/ punct de lucru
b - chestionar de satisfacţie a pacienţilor (cu obligaţia actualizării semestriale a rezultatelor şi afişarea pe site-ul furnizorului)	- 5 puncte.

Pentru furnizorii de servicii de laborator care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul corespunzător pct. 1 şi 3b se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii medicale de laborator.
Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.
Punctajele se aplică în mod corespunzător şi 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 cerinţelor pentru calitate şi competenţă", în conformitate cu SR EN ISO 15189 şi care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoţit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator /sau laborator organizat ca punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor se stabileşte astfel:

a1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie serică şi urinară, Hematologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală de imunologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare analiză medicală de microbiologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

NOTĂ:
Fiecare cod de investigaţie din lista analizelor de laborator prevăzută în anexa nr. 17 la ordin, reprezintă o singură analiză chiar dacă analiza respectivă este compusă din mai mulţi parametri.

b) 50% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de intercomparare laboratoare de analize medicale".

Punctajul obţinut de fiecare furnizor se stabileşte astfel:

b1) - se acordă câte un punct pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniile de biochimie serică şi urinară şi hematologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenţei cu condiţia ca aceasta să se fi efectuat de cel puţin 4 ori în anul calendaristic anterior; La un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 0,5 puncte în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar faţă de cele 4 participări obligatorii.

b2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul de imunologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenţei cu condiţia ca aceasta să se fi efectuat de cel puţin 4 ori în anul calendaristic anterior; La un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 1 punct în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar faţă de cele 4 participări obligatorii.

b3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul de microbiologie şi din celelalte domenii, altele decât cele menţionate la lit. b1) şi b2 pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenţei cu condiţia ca aceasta să se fi efectuat de cel puţin 4 ori în anul calendaristic anterior. La un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 1,5 puncte în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar faţă de cele 4 participări obligatorii.

NOTĂ:
1. Schemele de intercomparare laboratoare trebuie să fie notificate de Ministerul Sănătăţii.
2. La stabilirea punctajului se iau în calcul participările din anul calendaristic anterior. O participare se defineşte ca un singur raport de evaluare pentru fiecare material de control.Mai multe rapoarte de evaluare pentru acelaşi material de control se punctează drept o singura participare.
3. Actele doveditoare pentru participarea la scheme de testare a competenţei de cel puţin 4 ori în anul 2014: pe format de hârtie - centralizator emis de organizatorii schemelor de testare a competenţei pentru toţi analiţii la care laboratorul a participat în anul anterior, facturi emise de organizatorii schemelor de testare a competenţei şi dovezi ale plăţilor efectuate şi în format electronic - rapoartele de evaluare emise de organizatorul schemei de testare a competenţei, care să conţină indicii statistici specifici laboratorului.
4. Actele doveditoare pentru participarea de cel puţin 4 ori/an la scheme de testare a competenţei în anul 2015: contracte cu organizatorii schemelor de testare a competenţei şi anexe din care să reiasă tipul analizelor şi frecvenţa cu care vor participa la schemele de testare a competenţei.

Pe parcursul derulării contractului obligaţia participării la schemele de testare a competenţei de cel puţin 4 ori /an rămâne valabilă în aceleaşi condiţii.
Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:
A. Fondul cu destinaţia de analize medicale de laborator, stabilit în condiţiile art. 2 alin. (1) din anexa nr. 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 cerinţelor pentru calitate şi competenţă" şi 50% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale";
B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor.
C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin împărţirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul de puncte corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, număr stabilit conform lit. B.
D. Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.
E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obţine prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D.
F. Repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, se stabileşte de către comisia constituită conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare.
Pentru furnizorii de investigaţii medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - criteriile specifice de selecţie se aplică în mod corespunzător.

Anexa 20

CRITERII
privind selecţia furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală

Capitolul I
Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală

Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:
1. Să fie autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacităţii tehnice de a efectua investigaţiile de radiologie şi/sau imagistică medicală din Lista de investigaţii paraclinice - radiologie şi imagistică medicală pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structura acestuia ce urmează a fi cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, astfel:
a. Laborator de radiologie şi imagistică medicală - investigaţii conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;
b. Ecografia generală, ca prestaţie independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice şi medici de familie;
c. Ecografia de vase - artere, vene, ca prestaţie independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice: cardiologie, pediatrie, medicină internă, nefrologie, neurologie, geriatrie şi gerontologie;
d. Ecocardiografia, Ecocardiografia + Doppler, Ecocardiografia + Doppler color efectuate ca prestaţie independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie, şi neurologie;
f. Ecocardiografia transesofagiană ca prestaţie independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialitate cardiologie;
g. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de pediatrie;
h. Ecografia de pelvis şi de abdomen efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice;
i. Radiografia dentară ca prestaţie independentă în cadrul cabinetelor de medicină dentară.

j. Ecografia obstetricală anomalii trimestrul II efectuată ca prestaţie 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 prestaţie independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;
l. Ecografia transvaginală/transrectală efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie şi numai pentru afecţiuni ginecologice, respectiv specialitatea urologie şi numai pentru afecţiuni urologice - prostată şi vezică urinară;
m. Ecografie de organ/de părţi moi/de articulaţie, ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice: diabet, nutriţie şi boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecţioase, ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, reabilitare medicală şi reumatologie;

n) Senologia imagistică ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medici din specialităţile clinice: obstetrică-ginecologie, endocrinologie şi oncologie;

o) Ecografia ganglionară ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice de oncologie, hematologie, chirurgie generală, chirurgie orală şi maxilofacială, endocrinologie, pediatrie şi medicină internă.

NOTĂ: Furnizorul va prezenta fişa tehnică eliberată de producător, pentru fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică pentru caracteristicile specifice aparatelor; medicii trebuie să aibă competenţe /supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialităţii, după caz.
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, îşi desfăşoară activitatea medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală, într-o formă legală de exercitare a profesiei, care să acopere o normă întreagă (6 ore).
4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate 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 asistenţa medicală primară, de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie pentru specialităţile clinice şi de servicii de medicină dentară, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiţionale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.

Capitolul II

Criterii privind repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, stabilit pe total judeţ

1. Numărul de investigaţii de radiologie-imagistică medicală se stabileşte la nivelul fiecărui judeţ de comisia înfiinţată conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare.
2. La stabilirea numărului de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală şi a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor	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 investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală obţine un punctaj corespunzător acestui criteriu.
Metodologia de stabilire a punctajului:
A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria şi numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existenţa şi deţinerea legală a acestora. Pentru aparatele de radiologie, seria şi numărul aparatului sunt cele din autorizaţia emisă de CNCAN.

c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte toate fişele tehnice corespunzătoare aparatelor deţinute şi pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria şi numărul, şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fişele tehnice conforme şi nici cele care nu au declaraţii de conformitate CE pentru tipul aparatului.

e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac excepţie furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică care îşi desfăşoară activitatea utilizând acelaşi spaţiu şi aceleaşi echipamente specifice deţinute şi/sau utilizate în comun în condiţiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare şi numai în condiţiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor îşi desfăşoară activitatea cu respectarea dispoziţiilor Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 şi ale prezentului ordin şi într-un program de lucru distinct. În această situaţie, pentru fiecare furnizor, echipamentele deţinute/utilizate în comun se punctează proporţional, funcţie de programul în care este utilizat aparatul, fără a se depăşi punctajul pentru tipul respectiv de aparat.

g) Furnizorii vor prezenta contract de service care să includă verificările periodice conform normelor producătorului aparatului, încheiat cu un furnizor avizat atât de Ministerul Sănătăţii conform prevederilor legale în vigoare, cât şi de producător, pentru aparatele ieşite din perioada de garanţie şi valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanţie pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligaţi să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanţie.

h) Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare şi/sau buletinul de verificare periodică care să certifice că softurile sunt actualizate conform normelor producătorului, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deţinut. Aparatele mai vechi de 9 ani calculaţi de la data fabricării nu se punctează.

Punctajul pentru fiecare aparat se acordă 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 obţinut se adaugă:

- tipul de achiziţie	
- parţial digitalizat (plăci fosforice)	15 puncte;
- direct digital	30 puncte;
- opţiuni:	
- stepping periferic	5 puncte;
- cuantificarea stenozelor	5 puncte;
- optimizarea densităţii	5 puncte;
- trendelenburg	3 puncte;
- afişare colimatori fără radiaţie	3 puncte;
- stand vertical	3 puncte;
- tomografie plană	1 punct;
- 2 Bucky	1 punct.

e) mamografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- tipul de achiziţie:	
- parţial digital	15 puncte;
- digital	30 puncte;
- dimensiunea câmpului de expunere:	1 punct;
- existenţa de casete dedicate	1 punct;
- facilitate de stereotaxie	10 puncte.

f) ecografia - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- mod de lucru al unităţii de bază:	
- B (sau 2D):	1 punct;
- M:	1 punct;
- Doppler color:	2 puncte;
- Doppler color power sau angio Doppler:	1 punct;
- Doppler pulsat:	1 punct;
- triplex:	0.5 puncte;
- achiziţie imagine panoramică:	1 punct;
- achiziţie imagine panoramică cu Doppler color:	1 punct;

- achiziţie imagine cu armonici superioare: 1 punct.
- caracteristici tehnice sistem:
- monitor alb-negru/color - 1 punct;
- modalităţi de salvare a imaginilor (DICOM sau compatibile PC) pentru fiecare opţiune se adaugă 1 punct;
- aplicaţii software incluse (abdomen, părţi moi, obstetrică-ginecologie) 1 punct;
- stocare imagini DICOM (CD, DVD, stick USB, hard disk) 2 puncte;
- printer alb-negru/color 1 punct;

Notă: se ia în calcul 1 aparat pe medic în vedere acordării punctajului.

g) computer tomografie - se acordă 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral
- se acordă 15 puncte pentru fiecare computer tomograf secvenţial

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:
- numărul de secţiuni concomitente:
- 2 - 8 secţiuni 25 puncte;
- 16 - 32 secţiuni 40 puncte;
- peste 32 secţiuni 70 puncte;
- timp de achiziţie a imaginii:
- 0,5 - 1 secundă: 10 puncte;
sau
- < 0,5 secunde: 20 puncte;
- aplicaţii software*) instalate pe computerul tomograf:
- 3D: 2 puncte;
- Circulaţie - 64 slice 2 puncte;
- evaluare nodul pulmonar - 16 slice 2 puncte;
- perfuzie - 64 slice 2 puncte;
- colonoscopie - 64 slice 2 puncte;
- angiografie cu substracţie de os - 16 slice 2 puncte;
- dental - 2 slice 2 puncte
- software pentru monitorizarea nivelurilor de doză de referinţă 10 puncte
- software pentru justificarea şi optimizarea dozelor de iradiere 10 puncte

---

*) se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a aplicaţiilor menţionate instalate pe echipament

---

- accesorii - printer - digital 5 puncte;
- analog 1 punct;
- injector automat 15 puncte;
- staţie de post procesare şi software aferent*): 20 puncte;

---

*) se va puncta dacă în documentaţia de punere în funcţiune există dovada deţinerii şi instalării echipamentului

---

h) imagistică prin rezonanţă magnetică - se acordă 100 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu câmp magnetic de 1 T şi peste 1 T.
- se acordă 30 de puncte pentru aparatele de rezonanţă magnetică cu câmp magnetic sub 1 T;
Punctajul se acordă pentru aparatele RMN în vederea efectuării investigaţiilor la nivelul următoarelor segmente: cap, coloană vertebrală, gât, sistem musculo-scheletal - extremităţi;

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:
- pentru fiecare tip de antenă instalată*) se adaugă: 20 puncte;

---

*) se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a echipamentelor

---

3. Aplicaţii software*) instalate pe RMN
- Post-procesare 3D - prelucrarea achiziţiilor în 3D: 10 puncte
- Tractografie - vizualizarea tracturilor 3D a materiei albe cerebrale, cuantificarea, deplasarea sau ruperea lor 10 puncte
- Perfuzie - cuantificarea permeabilităţii tumorale în funcţie de modelul farmacocinetic al substanţei de contrast pentru patologia cerebrală şi a prostatei: 10 puncte
- Perfuzie fără substanţă de contrast - permite vizualizarea neinvazivă a perfuziei teritoriilor cerebrale corespunzătoare arterelor cerebrale individuale: 10 puncte
- Soft cardiac - evaluarea viabilităţii, perfuziei şi dinamicii cordului 10 puncte
- Soft de scanare corp în totalitate - scanarea întregului corp într-un timp foarte scurt: 10 puncte
- Angiografie de corp în totalitate - permite vizualizarea sistemului vascular a întregului corp de la arcul aortic 10 puncte

până la degetele de la picioare:
- Spectroscopie 10 puncte

*) se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a aplicaţiilor instalate pe echipamente

4. Accesorii
- Printer - digital: 5 puncte;
- analog: 1 punct;
- Injector automat: 15 puncte;
- Staţie de post procesare şi software aferent*) 20 puncte.
(alta decât staţia de vizualizare)

*) se va puncta dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada echipamentului

i) medicină nucleară (Gamma Camera) - se acordă 70 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical
După caz, la punctajul obţinut se adaugă:
- cu o cameră de citire 5 puncte;
- injector automat 15 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 şi stocarea imaginilor:
- cameră obscură umedă manuală 1 punct;
- developator automat umed 3 puncte;
- developator umed day light 5 puncte;
- cititor de plăci fosforice (CR) 15 puncte;
- developare automată uscată: 10 puncte;
- arhivă filme radiografice 5 puncte;
- arhivă CD 15 puncte;
- arhivă de mare capacitate (PACS) 50 puncte;
- digitizer pentru medii transparente (filme) 5 puncte.

NOTA 1: În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deţinut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziţie, anexă care descrie şi confirmă configuraţia tehnică a respectivului dispozitiv.
NOTA 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 şi imagistică medicală: 30 puncte;
  - medic primar radiologie şi 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 urgenţă 30 puncte;
  - medic primar anestezist 40 puncte;
  - medic primar medicina de urgenţă 40 puncte;
  - medic cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obţinută în ultimii 5 ani 10 puncte;
  - medic cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 5 ani: (punctajul se acordă pentru medicii din specialităţile clinice şi medicii de familie care efectuează servicii medicale paraclinice - ecografii în baza actelor adiţionale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară) 15 puncte;
  - medic de familie -(punctajul se acordă pentru medicii de familie care efectuează servicii medicale paraclinice - EKG şi/sau spirometrie în baza actelor adiţionale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară)*) 5 puncte
  - medic dentist 13 puncte;
  - medic dentist specialist 15 puncte;
  - medic dentist primar 20 puncte;
    (punctajul se acordă pentru medicii dentişti care

efectuează radiografii dentare retroalveolare şi panoramice în baza actelor adiţionale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară)

- medic specialist explorări funcţionale 15 puncte;
- medic primar explorări funcţionale 20 puncte;

- operatori:
  - absolvent colegiu imagistică medicală 11 puncte;
  - asistent medical imagistică medicală: 9 puncte;
  - bioinginer: 13 puncte;
  - fizician: 13 puncte;
- asistenţi medicali:
  - de radiologie cu studii superioare 10 puncte;
  - de radiologie fără studii superioare 8 puncte;
  - asistenţi generalişti pentru Eco + ATI 7 puncte;
  - personal auxiliar - tehnician aparatură medicală 9 puncte.

NOTĂ: Punctajul se acordă pentru fiecare personal medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă legală, cu normă întreagă, iar pentru fracţiuni de normă se acordă punctaj direct proporţional cu fracţiunea de normă lucrată.

Notă

*) Dacă acelaşi medic de familie încheie act adiţional atât pentru ecografie cât şi pentru EKG şi /sau spirometrie punctajul acordat este 20 puncte

C. Logistica:

a) distribuţia rezultatelor investigaţiilor la medicul care a recomandat investigaţia:

- reţea de transmisie imagini interne (RIS) 8 puncte;
- transmisie de imagini în perimetrul limitrof şi la distanţă (PACS) 10 puncte;

b) software dedicat activităţii de laborator care să conţină înregistrarea şi evidenţa biletelor de trimitere (serie şi număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă şi numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul şi numărul investigaţiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză şi arhivarea datelor de laborator, precum şi raportarea activităţii desfăşurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificaţiile tehnice ale aplicaţiei, care se verifică la sediul furnizorului):

- operaţional - instalat şi cu aparate conectate pentru transmitere de date - 10 puncte;

c) website - care să conţină minimum următoarele informaţii:

c1 - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcţionare, certificări/acreditări 2 puncte/ punct de lucru.

c2 - chestionar de satisfacţie a pacienţilor (cu obligaţia actualizării semestriale a rezultatelor şi afişarea pe site-ul furnizorului) 5 puncte.

d) teleradiologie:

- server în centrul de achiziţie 10 puncte
- server în centrul de citire 10 puncte
- linie VPN 10 puncte

Punctajul se acordă o singură dată indiferent dacă furnizorul oferă servicii de teleradiologie CT sau RMN sau şi CT şi RMN.

Pentru furnizorii de investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul pentru lit. a) şi c.2 se acordă o singură dată pentru laboratorul/punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acordă astfel:

- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, de luni până vineri, se acordă 30 puncte
- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, inclusiv sâmbătă, duminică şi sărbători legale se acordă 60 puncte

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare /puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă pentru fiecare laborator/punct de lucru.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

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

a) 90% pentru criteriul de evaluare;

b) 10% criteriul de disponibilitate.

B. Pentru fiecare criteriu se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor la cele două criterii.

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

D. Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre cele 2 criterii se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor pentru fiecare criteriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obţine prin însumarea celor două sume stabilite conform lit. D.

F. Repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, investigaţii de radiologie şi imagistică şi explorări funcţionale, se stabileşte către comisia constituită conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare.

Pentru furnizorii de explorări funcţionale - criteriile specifice de selecţie se aplică în mod corespunzător (numai investigaţiile, aparatele şi personalul specific).

G. În situaţia în care niciunul dintre furnizori nu îndeplineşte 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 asistenţa medicală de specialitate

din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general ....., şi

Laboratorul de investigaţii medicale paraclinice organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată:

- laboratorul individual .....,....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ..., ap. ...., judeţul /sectorul ....., telefon fix/mobil ..... având sediul în municipiul/oraşul ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul titular .....;

- laboratorul asociat sau grupat ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul delegat .....;

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

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de email ..... fax ..... reprezentată prin .....;

Laboratorul din Centrul de sănătate multifuncţional - unitate fără personalitate juridică şi

Laboratoare din structura spitalului ....., inclusiv ale celor din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic şi tratament/Centrul medical/Centrul de sănătate multifuncţional - unităţi medicale cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....;

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Articolul 2

Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare,în următoarele specialităţi:

a) .....;

b) .....;

c) .....;

..... .

Articolul 3

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

a) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Specialitatea: .....

Cod numeric personal: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Program zilnic de activitate .....

b) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Specialitatea: .....

Cod numeric personal: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Program zilnic de activitate .....

c) .....

.....

IV. Durata contractului

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2015.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, 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 paraclinice cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, 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, cu modificările şi completările ulterioare furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la 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 Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

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

h) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

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 competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

l) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice şi numai în condiţiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti;

m) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

Articolul 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

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

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

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi precum şi intimitatea şi 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 însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

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

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

h) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H. G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

k) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare;

m) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;

n) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

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

p) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

q) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea 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 îşi desfăşoară activitatea la furnizor.

ş) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii şi pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale şi acte administrative necesare investigaţiei;

t) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea şi la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigaţiilor

medicale paraclinice, acesta având obligaţia de a transmite rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului;

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

u) să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

v) să efectueze investigaţiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice; investigaţiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate;

Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene /din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene /din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu; Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistenţa 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 priveşte 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 in vitro şi au declaraţii de conformitate CE emise de producători şi să practice o evidenţă de gestiune cantitativ-valorică corectă şi la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) să facă mentenanţă şi întreţinerea aparatelor din laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;

z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecţie, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, 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 sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

aa) să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fişe tehnice - cu privire la tipul şi cantitatea reactivilor achiziţionaţi şi care au fost utilizaţi pentru toate investigaţiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul, investigaţii medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum şi pentru orice alte investigaţii de acelaşi tip efectuate în afara relaţiei contractuale cu casa de asigurări de sănătate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate /Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menţionate se sancţionează conform legii şi conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanţe între investigaţiile medicale efectuate în perioada verificată şi cantitatea de reactivi achiziţionaţi conform facturilor şi utilizaţi în efectuarea investigaţiilor, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice şi sesizează mai departe instituţiile abilitate de lege să efectueze controlul unităţii respective;

ab) să asigure prezenţa unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de

lucru respectiv; să asigure prezenţa unui medic de radiologie şi imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie şi imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezenţa unui medic cu specialitatea anatomie patologică, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puţin o normă /zi (6 ore).în situaţia în care în structura unui laborator de analize medicale este organizat şi avizat un compartiment de citologie, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia îşi desfăşoară activitatea medic /medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei;

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 condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

ad) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate şi limitele de normalitate ale acestora;

ae) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigaţiilor medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală, în conformitate cu specificaţiile tehnice ale aparatului şi în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, pentru asiguraţii cărora le-au furnizat aceste servicii;

af) să nu încheie contracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical, organizaţi conform Ordonanţei de urgenţă 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 evidenţa biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura;

ah) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 , cu modificările şi completările ulterioare;

ai) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document/ adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiţii decât cele menţionate 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 dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia.

al) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

am) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

an) să prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, dovada efectuării controlului de calitate intern, pe nivele normale şi patologice pentru

fiecare zi în care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; în cazul în care furnizorul nu poate prezenta această dovadă, contractul se reziliază de plin drept.

VI. Modalităţi de plată

Articolul 8

Modalitatea de plată în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei conform anexei nr. 17 şi în condiţiile prevăzute în anexa nr. 18 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

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	

Notă

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

Tarifele contractate nu pot fi mai mari decât cele prevăzute în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Suma anuală contractată este ..... lei,
din care:
- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,
din care:
- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,
din care:
- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,
din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,
din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre şi luni şi se regularizează lunar.

Articolul 9

Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum ..... de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative care se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

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

VII. Calitatea serviciilor medicale

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 obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.
IX. Clauze speciale

Articolul 12

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca:
război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

Articolul 13

Efectuarea de servicii medicale paraclinice peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.
X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi 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 situaţii.

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor, paraclinice, aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - g), i) - r), t), ţ), u), w), x), y), ag), ah), aj) şi al) se aplică următoarele sancţiuni:

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 situaţii.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. v) şi/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate se recuperează contravaloarea acestor servicii şi se diminuează cu 10%, valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(4) Reţinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (3), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa 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 relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

Articolul 15

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

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

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

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

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

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

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi 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 excepţia situaţiilor în care vina este exclusive 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) şi (2), precum şi 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 înţelege 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 aceeaşi filială sau de către acelaşi punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

i) în cazul nerespectării obligaţiei 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 înţelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situaţie şi se modifică corespunzător contractul.

j) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 72 alin. (11) din H.G. nr. 400/2014 şi a obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. ş), z), ac) - af);

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative menţionate 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 şi 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 înţelege punct extern de recoltare - aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate şi pentru care au încheiat contract cu aceasta, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. e), g) şi l) şi art. 7 lit. e), f), i) şi o) - se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea acestora din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător.

Articolul 16

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

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

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

a4) a survenit decesul titularului laboratorului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condiţiile legii;

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

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

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 17 alin. (1), lit. a) - cu excepţia 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 înţelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate şi pentru care au încheiat contract cu aceasta, condiţiile de 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 şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(4) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(5) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (3) şi (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 acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(6) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (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 situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. a) - c), q) şi r) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. s), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligaţiei de plată a contribuţiei la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului;

suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie;

f) în situaţia în care casa de asigurări de sănătate/Casa Naţionale de Asigurări de Sănătate sesizează, neconcordanţe între investigaţiile medicale efectuate în perioada verificată şi cantitatea de reactivi achiziţionaţi conform facturilor şi utilizaţi în efectuarea investigaţiilor;

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate

şi pentru care au încheiat contract cu aceasta, condiţiile de suspendare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru după caz.

Articolul 18

(1) Situaţiile prevăzute la art. 15 şi 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) Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

Articolul 19

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi 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 părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

Articolul 20

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

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

Articolul 21

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

Articolul 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIII. Soluţionarea litigiilor

Articolul 23

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

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă între furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau, de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei Economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei Relaţii Contractuale,	
.....	
Vizat Juridic, contencios	

Anexa 22

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ŞI DE BAZĂ
DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

Capitolul I

Pachetul de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitaliceşti pentru patologia care necesită internare în regim de spitalizare continuă, în condiţiile prevăzute la capitolul II litera F pct. 3 din anexa nr. 1 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Spitalizarea continuă are o durată de peste 12 ore.

B. Servicii medicale spitaliceşti care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi în condiţiile prevăzute la capitolul II litera F pct. 8 din anexa nr. 1 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Spitalizarea de zi are o durată de maxim 12 ore/vizită (zi).

B.1. Lista afecţiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical în spitalizare de zi şi tarifele maximale pe caz rezolvat medical corespunzătoare:

Nr. crt.	Cod diagnostic	Denumire afecţiune (diagnostic)	Tarif maximal pe caz rezolvat medical - lei -
1	A04.9	Infecţia intestinală bacteriană, nespecificată	304.46
2	A08.4	Infecţia intestinală virală, nespecificată	241.74
3	A09	Diareea şi gastro-enterita probabil infecţioase	255.40
4	A49.9	Infecţia 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 şi a ţesutului subcutanat al trunchiului	225.87
8	D50.0	Anemia prin carenţă de fier secundară unei pierderi de sânge (cronică)	335.03
9	D50.8	Alte anemii prin carenţă de fier	532.02
10	D50.9	Anemia prin carenţă de fier, nespecificată	340.34
11	E04.2	Guşa 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 complicaţii	305.81
16	E44.0	Malnutriţia proteino-energetică moderată	362.46
17	E44.1	Malnutriţia proteino-energetică uşoară	362.46
18	E66.0	Obezitate datorită unui exces caloric	305.19
19	E89.0	Hipotiroidism postprocedural	328.89
20	F41.2	Tulburare anxioasă şi depresivă mixtă	297.53
21	F50.9	Tulburare de apetit, nespecificată	297.53
22	G45.0	Sindrom vertebro-bazilar	227.98
23	I10	Hipertensiunea esenţială (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	Insuficienţa mitrală (valva) (* fără indicaţie de intervenţie chirurgicală)	379.67
28	I35.0	Stenoza (valva) aortică (*fără indicaţie de intervenţie chirurgicală)	400.68
29	I35.1	Insuficienţă (valva) aortică (*fără coronarografie; fără indicaţie de intervenţie chirurgicală)	381.12
30	I67.2	Ateroscleroza cerebrală	322.40
31	I67.8	Alte boli cerebrovasculare, specificate	322.40
32	I83.9	Vene varicoase ale extremităţilor inferioare fără ulceraţie sau inflamaţie	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 infecţii acute ale căilor respiratorii superioare cu localizări multiple	171.71
37	J06.9	Infecţii 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	Bronşita acută, nespecificată	168.46
44	J44.0	Boala pulmonară obstructivă cronică cu infecţie 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 predominenţă alergică	177.30
48	J47	Bronşiectazia	355.11
49	J84.8	Alte boli pulmonare interstiţiale specificate	380.09
50	J84.9	Boala pulmonară interstiţială, 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 perforaţie, 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

C.J.C.A.S. Piatra Neamţ

57	K30	Dispepsia	180.12
58	K52.9	Gastroenterita şi colita neinfecţioase, 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	Degenerescenţa grăsoasă 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	M16.9	Coxartroza, nespecificată	196.79
73	M17.9	Gonartroza, nespecificată	202.45
74	M51.2	Altă deplasare a unui alt disc intervertebral specificat, fără indicaţie 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	Infecţia tractului urinar, cu localizare nespecificată	213.11
79	N47	Hipertrofia prepuţului, fimoza, parafimoza	229.22
80	N73.9	Boala inflamatorie pelviană feminină, nespecificată	138.35
81	N92.0	Menstruaţie excesivă şi frecventă cu ciclu menstrual regulat	332.24
82	N92.1	Menstruaţie excesivă şi 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 şi vaginului	389.85
85	N95.0	Sângerări postmenopauză	311.36
86	O02.1	Avort fals	97.77
87	O03.4	Avort spontan incomplet, fără complicaţii	98.84
88	O12.0	Edem gestaţional	198.65
89	O21.0	Hiperemeza gravidică uşoară	125.86
90	O23.1	Infecţiile vezicii urinare în sarcină	127.48
91	O34.2	Îngrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterină	

C.J.A.S. Piatra Neamţ

		datorită unei intervenţii chirurgicale anterioare	464.82
92	R10.4	Altă durere abdominală şi nespecificată	134.41
93	R59.0	Ganglioni limfatici măriţi localizaţi	512.98
94	S61.0	Plagă deschisă a degetului (degetelor) fără vătămarea unghiei	246.68
95	S61.88	Plagă deschisă a altor părţi ale pumnului şi mâinii	245.74
96	Z46.6	Amplasarea şi ajustarea unei proteze urinare	127.48
97	Z50.9	Îngrijiri implicând o procedură 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 extremităţilor cu claudicaţie intermitentă	273.62
101	I80.3	Flebita şi tromboflebita extremităţilor inferioare, nespecificată	383.92
102	R60.0	Edem localizat	198.65
103	I83.0	Vene varicoase cu ulceraţie ale extremităţilor inferioare	383.92
104	I87.2	Insuficienţa venoasă (cronică) (periferică)	383.92
105	A69.2	Boala Lyme (*diagnostic şi tratament)	626,03

Notă

*) această specificare nu face parte din denumirea diagnosticului, ci semnifică faptul că respectivul tip de caz poate fi rezolvat în spitalizare de zi cu condiţia îndeplinirii criteriului din paranteză.

Notă: La nivelul unui spital nu pot exista mai multe tarife negociate contractate pentru acelaşi tip de caz.

B.2. Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi şi tarifele maximale pe caz rezolvat corespunzătoare:

Font 7

Nr. Crt.	Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Cod Procedură	Denumire procedură chirurgicală	Tarif maximal pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală - lei -
1.	Miringotomia cu inserţia de tub	D01003	Miringotomia cu inserţie de tub, unilateral	283.18
2.	Miringotomia cu inserţia de tub	D01004	Miringotomia cu inserţie de tub, bilateral	283.18
3.	Amigdalectomie	E04301	Tonsilectomia fără adenoidectomie	589.67
4.	Amigdalectomie	E04302	Tonsilectomia cu adenoidectomie	589.67
5.	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07001	Rinoplastie implicând corecţia cartilajului	742.92
6.	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07002	Rinoplastia implicând corectarea conturului osos	742.92
7.	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07003	Rinoplastie totală	742.92
8.	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea	P07004	Rinoplastie folosind grefa cartilaginoasă septală sau	

	fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)		nazală	742.92
9.	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07005	Rinoplastie folosind grefă de os nazal	742.92
10.	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07006	Rinoplastie cu grefă de os nazal şi cartilaj septal/ nazal	742.92
11.	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07007	Rinoplastie folosind grefa de cartilaj de la zona donatoare de la distanţă	742.92
12.	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07008	Rinoplastia folosind grefa osoasă din zona donatoare de la distanţă	742.92
13.	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07009	Rinoplastia folosind os şi cartilaj ca grefă de la zona donatoare de la distanţă	742.92
14.	Bronhomediastinoscopie	G02401	Bronhoscopia	629.69
15.	Bronhomediastinoscopie	G02403	Fibrobronhoscopia	629.69
16.	Biopsia pleurei	G03103	Biopsia pleurei	538,48
17.	Biopsie ganglioni laterocervicali şi supraclaviculari	I00601	Biopsie de ganglion limfatic	416.26
18.	Puncţie biopsie transparietală cu ac pentru formaţiuni tumorale pulmonare	G03102	Biopsia percutanată (cu ac) a plămânului	696.26
19.	Implantare cateter pleural			653.15
20.	Adenoidectomie	E04303	Adenoidectomia fără tonsilectomie	589.67
21.	Extracţia de corpi străini prin bronhoscopie	G02502	Bronhoscopia cu extracţia unui corp străin	526.19
22.	Strabismul adultului	C05702	Proceduri pentru strabism implicând 1 sau 2 muşchi, un ochi	246.93
23.	Pterigion cu plastie	C01302	Excizia pterigionului	246.93
24.	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08003	Corecţia ectropionului sau entropion-ului prin strângerea sau scurtarea retractorilor inferiori	246.93
25.	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08004	corecţia ectropionului sau entropionului prin alte corecţii ale retractorilor inferiori	246.93
26.	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08005	corecţia ectropion-ului sau entropion-ului prin tehnici de sutură	246.93
27.	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08006	corecţia ectropion-ului sau entropion-ului cu rezecţie largă	246.93
28.	Extracţia dentară chirurgicală	F00801	Extracţie dentară sau a unor părţi de dinte	283.18
29.	Extracţia dentară chirurgicală	F00802	Extracţie dentară cu separare	283.18
30.	Extracţia dentară chirurgicală	F00901	Îndepărtare chirurgicală a unui dinte erupt	283.18
31.	Extracţia dentară chirurgicală	F00902	Îndepărtare chirurgicală a 2 sau mai mulţi dinţi eruptţi	283.18
32.	Extracţia dentară chirurgicală	F00903	Îndepărtarea chirurgicală a unui dinte inclus sau parţial erupt, fără îndepărtare de os sau separare	283.18
33.	Extracţia dentară chirurgicală	F00904	Îndepărtarea chirurgicală a unui dinte inclus sau parţial erupt, cu îndepărtare de os sau separare	283.18
34.	Excizie polip cervical, dilataţia şi chiuretajul uterului	M02601	Dilatarea şi chiuretajul uterin [D&C]	390.76
35.	Excizie polip cervical, dilataţia şi chiuretajul uterului	M02602	Chiuretajul uterin fără dilatare	390.76
36.	Excizie polip cervical, dilataţia şi chiuretajul uterului	M02801	Dilatarea şi curetajul [D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină	219.55
37.	Excizie polip cervical, dilataţia şi chiuretajul uterului	M02802	Curetajul aspirativ al cavităţii uterine	219.55

C.J.C.E.I. Piatra Neamț

38.	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M03702	Polipectomia la nivelul colului uterin	390.76
39.	Reparația cisto și rectocelului	M04402	Corecția chirurgicală a rectocelului	480.31
40.	Reparația cisto și rectocelului	M04403	Corecția chirurgicală a cistocelului și rectocelului	480.31
41.	Artroscopia genunchiului	O13205	Artroscopia genunchiului	439.53
42.	Operația artroscopică a meniscului	O13404	Meniscectomie artroscopică a genunchiului	371.57
43.	Îndepărtarea materialului de osteosinteză	O18104	Îndepărtarea de brosă, șurub sau fir metalic, neclasificată în altă parte	492.38
44.	Îndepărtarea materialului de osteosinteză	O18106	Îndepărtarea de placă, tijă sau cui, neclasificată în altă parte	492.38
45.	Reparația diformității piciorului	O20404	Corecția diformității osoase	1,421.61
46.	Eliberarea tunelului carpal	A07402	Decompresia endoscopică a tunelului carpian	674.75
47.	Eliberarea tunelului carpal	A07403	Decompresia tunelului carpian	674.75
48.	Excizia chistului Baker	O13601	Excizia chistului Baker	682.96
49.	Rezolvarea contracturii Dupuytren	O07302	Fasciotomia subcutanată pentru maladia Dupuytren	674.75
50.	Rezolvarea contracturii Dupuytren	O08001	Fasciectomia palmară pentru contractura Dupuytren	674.75
51.	Repararea ligamentului încrucișat	O15303	Reconstrucția artroscopică a ligamentului încrucișat al genunchiului cu repararea meniscului	855.88
52.	Repararea ligamentului încrucișat	O15304	Reconstrucția ligamentului încrucișat al genunchiului cu repararea meniscului	855.88
53.	Excizia locală a leziunilor sânului	Q00501	Excizia leziunilor sânului	413.52
54.	Colecistectomia laparoscopică	J10102	Colecistectomia laparoscopică	1,050.94
55.	Colecistectomia laparoscopică	J10104	Colecistectomia laparoscopică cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin ductul cistic	1,050.94
56.	Colecistectomia laparoscopică	J10105	Colecistectomia laparoscopică cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin coledocotomia laparoscopică	1,050.94
57.	Chirurgia laparoscopică antireflux	J01401	Esofagogastromiotomia laparoscopică cu recalibrarea hiatusului diafragmatic	1,050.94
58.	Chirurgia laparoscopică antireflux	J01402	Esofagogastromiotomia laparoscopică cu fundoplastie	1,050.94
59.	Chirurgia laparoscopică antireflux	J01403	Esofagogastromiotomia laparoscopică cu închiderea hiatusului diafragmatic și fundoplastie	1,050.94
60.	Hemoroidectomia	J08504	Hemoroidectomia	631.35
61.	Cura chirurgicală a herniei inghinale	J12603	Cura chirurgicală a herniei inghinale unilaterale	589.67
62.	Cura chirurgicală a herniei inghinale	J12604	Cura chirurgicală a herniei inghinale bilaterale	589.67
63.	Endoscopie digestivă inferioară cu polipectomie și biopsie	J06102	Colonoscopia flexibilă până la flexura hepatică, cu polipectomie	480.31
64.	Endoscopie digestivă inferioară cu polipectomie și biopsie	J06104	Colonoscopia flexibilă până la cec, cu polipectomie	480.31
65.	Endoscopie digestivă superioară	J00101	Esofagoscopia flexibilă	371.57
66.	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J01202	Esofagoscopia cu biopsie	480.31
67.	Endoscopie digestivă superioară	J13901	Panendoscopia până la duoden	371.57
68.	Endoscopie digestivă superioară	J13903	Panendoscopia până la ileum	371.57
69.	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14201	Panendoscopia până la duoden cu biopsie	480.31
70.	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14202	Endoscopia ileală cu biopsie	480.31

71.	Endoscopie digestivă inferioară	J05501	Colonoscopia flexibilă până la flexura hepatică	371.57
72.	Endoscopie digestivă inferioară	J05502	Colonoscopia flexibilă până la cec	371.57
73.	Endoscopie digestivă inferioară cu biopsie	J06101	Colonoscopia flexibilă până la flexura hepatică, cu biopsie	480.31
74.	Endoscopie digestivă inferioară cu biopsie	J06103	Colonoscopia flexibilă până la cec, cu biopsie	480.31
75.	Terapia chirurgicală a fimozei	L03702	Circumcizia la bărbat	193.54
76.	Terapia chirurgicală a fimozei	L04101	Reducerea parafimozei	193.54
77.	Chirurgia varicelor	H12002	Injectări multiple cu substanţe sclerozante la nivelul venelor varicoase	808.68
78.	Chirurgia varicelor	H12501	Întreruperea joncţiunii safeno-femurală varicoasă	808.68
79.	Chirurgia varicelor	H12502	Întreruperea joncţiunii safeno-poplitee varicoasă	808.68
80.	Chirurgia varicelor	H12503	Întreruperea joncţiunilor safeno-femurală şi safeno-poplitee varicoase	808.68
81.	Chirurgia varicelor	H12601	Întreruperea a mai multor vene tributare unei vene varicoase	808.68
82.	Chirurgia varicelor	H12602	Întreruperea subfascială a uneia sau mai multor vene perforante varicoase	808.68
83.	Debridarea nonexcizională a tegumentului şi ţesutului subcutanat	P02103	Debridarea nonexcizională a arsurii	162.44
84.	Debridarea excizională a părţilor moi	O19301	Debridarea excizională a părţilor moi	649.77
85.	Debridarea excizională a tegumentului şi ţesutului subcutanat	P02201	Debridarea excizională a tegumentului şi ţesutului subcutanat	649.77
86.	Dilatarea şi curetajul după avort sau pentru întrerupere de sarcină	M02801	Dilatarea şi curetajul [D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină	462.30
87.	Aplicarea dispozitivului de fixare externă neclasificată altundeva	O17801	Aplicarea dispozitivului de fixare externă neclasificată altundeva	965.45
88.	Biopsia tegumentului şi ţesutului subcutanat	P01701	Biopsia tegumentului şi ţesutului subcutanat	609.55
89.	Incizia şi drenajul tegumentelor şi ale ţesutului subcutanat	P00701	Incizia şi drenajul hematomului tegumentar şi al ţesutului subcutanat	519.43
90.	Incizia şi drenajul tegumentelor şi ale ţesutului subcutanat	P00702	Incizia şi drenajul abceselor tegumentelor şi ale ţesutului subcutanat	519.43
91.	Incizia şi drenajul tegumentelor şi ale ţesutului subcutanat	P00703	Alte incizii şi drenaje ale tegumentelor şi ţesutului subcutanat	519.43
92.	Examinare fibroscopică a faringelui	E04701	Examinare fibroscopică a faringelui	444.84
93.	Excizia leziunilor tegumentare şi ţesutului subcutanat	P01901	Excizia leziunilor tegumentare şi ţesutului subcutanat în alte zone	555.80
94.	Chiuretaj cu biopsia de col uterin şi/sau endometru			444.84
95.	Îndepărtarea corpilor străini din tegument şi ţesutul subcutanat cu incizie	P00601	Îndepărtarea corpilor străini din tegument şi ţesutul subcutanat cu incizie	454.09
96.	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziuni multiple/ leziune unică	P01309	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziune unică	273.03
97.	Repararea plăgilor tegumentare şi ale ţesutului subcutanat, implicând ţesuturile mai profunde	P02902	Repararea plăgilor tegumentare şi ale ţesutului subcutanat în alte zone implicând şi ţesuturile profunde	555.80
98.	Extragerea endoscopică a stentului ureteral	K02803	Extragerea endoscopică a stentului ureteral	360.11
99.	Rezecţia parţială a unghiei încarnate	P02504	Rezecţia parţială a unghiei încarnate	283.18

100.	Îndepărtarea dispozitivului de fixare externă	O18108	Îndepărtarea dispozitivului de fixare externă	379.98
101.	Coronarografie	H06801	Coronarografie	1050.94
102.	Realizarea fistulei arteriovenoase la persoanele dializate	H15902	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu venă) la nivelul membrului inferior	283.18
103.	Realizarea fistulei arteriovenoase la persoanele dializate	H15903	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu venă) la nivelul membrului superior	283.18
104.	Biopsia leziunii peniene	L03701	Biopsia peniana	538.48
105.	Terapia chirurgicală a varicocelului	L02801	Cura varicocelului	808.68
106.	Orhidectomia unilaterală (excizia testicolului)	L02501	Orhidectomia unilaterală	480.31
107.	Orhidectomia bilaterală (excizia testicolelor)	L02502	Orhidectomia bilaterală	480.31
108.	Excizia spermatocelului, unilateral	L02303	Excizia spermatocelului, unilateral	480.31
109.	Excizia spermatocelului, bilateral	L02304	Excizia spermatocelului, bilateral	480.31
110.	Terapia chirurgicală a hidrocelului	L02301	Excizia hidrocelului	480.31
111.	Biopsia transrectală (cu ac de biopsie) a prostatei	L00404	Biopsia transrectală (cu ac de biopsie) a prostatei	538.48
112.	Rezecţia endoscopică a leziunii prostatice	L00302	Rezecţia endoscopică a leziunii prostatice	480.31
113.	Rezecţia endoscopică transuretrală a prostatei	L00601	Rezecţia transuretrală a prostatei	742.92
114.	Uretrotomia optică internă pentru stricturi uretrale	K07505	Uretrotomia optică	480.31
115.	Distrugerea endoscopică a verucilor uretrale	K07602	Distrugerea endoscopică a verucilor uretrale	480.31
116.	Hidrodilatarea vezicii urinare sub control endoscopic	K06801	Hidrodilatarea vezicii urinare sub control endoscopic	480.31
117.	Rezecţia endoscopică vezicală	K06001	Rezecţia endoscopică de leziune sau ţesut vezical	480.31
118.	Extragerea endoscopică a litiazei vezicale	K05604	Litolapaxia vezicii urinare	480.31
119.	Cistostomia percutanată cu inserţia percutanată a cateterului suprapubic			259.72
120.	Cistoscopia	K04901	Cistoscopia	297.50
121.	Rezecţia endoscopică a ureterocelului	K03801	Rezecţia endoscopică a ureterocelului	480.31
122.	Excizia tumorii corneoconjunctivale	C01201	Excizia tumorii limbus-ului	246.93
123.	Excizia tumorii corneoconjunctivale	C01202	Excizia tumorii limbus-ului cu keratectomie	246.93
124.	Excizia tumorii corneoconjunctivale	C02201	Excizia pingueculei	246.93
125.	Repoziţionarea cristalinului subluxat	C04401	Repoziţionarea cristalinului artificial	246.93
126.	Dacriocistorinostomia	C08802	Dacriocistorinostomia	589.67
127.	Dacriocistorinostomia	C09001	Procedee închise de restabilire a permeabilităţii sistemului canalicular lacrimal, un ochi	589.67
128.	Septoplastia	E01003	Septoplastia cu rezecţia submucoasă a septului nazal	742.92
129.	Chirurgia funcţională endoscopică naso sinusală	E01601	Extragere intranazală de polip din antrum-ul maxilar	742.92
130.	Chirurgia funcţională endoscopică naso sinusală	E01602	Extragerea intranazală de polip din sinusul frontal	742.92
131.	Chirurgia funcţională endoscopică naso sinusală	E01603	Extragere intranazală de polip din sinusul etmoidal	742.92
132.	Chirurgia funcţională endoscopică naso sinusală	E01604	Extragere intranazală de polip din sinusul sfenoidal	742.92
133.	Chirurgia funcţională endoscopică naso sinusală	E00801	Extragerea de polip nazal	742.92
134.	Chirurgia funcţională endoscopică naso sinusală	E01805	Antrostomia maxilară intranazală, unilateral	589.67
135.	Parotidectomia	E02805	Excizia parţială a glandei parotide	589.67

136.	Chirurgia ronhopatiei cronice	E03601	Uvulopalatofaringoplastia	500.00
137.	Timpanoplastia tip I	D01401	Miringoplastia, abord transcanalar	742.92
138.	Timpanoplastia tip I	D01402	Miringoplastia, abord postauricular sau endauricular	742.92
139.	Cura chirurgicală a tumorilor benigne ale laringelui	G00402	Microlaringoscopia cu extirparea laser a leziunii	742.92
140.	Terapia chirurgicală a apendicitei cronice	J07002	Apendicectomia laparoscopică	742.92
141.	Terapia chirurgicală a fisurii perianale	J08101	Excizia fistulei anale implicând jumătatea inferioară a sfincterului anal	500.00
142.	Terapia chirurgicală a fisurii perianale	J08102	Excizia fistulei anale implicând jumătatea superioară a sfincterului anal	500.00
143.	Terapia chirurgicală a tumorilor de perete abdominal sau ombilic	J12401	Biopsia peretelui abdominal sau a ombilicului	300.00
144.	Terapia chirurgicală a granulomului ombilical	J12507	Excizia granulomului ombilical	300.00
145.	Hernia ombilicală	J12801	Cura chirurgicală a herniei ombilicale	589.67
146.	Hernia epigastrică	J12802	Cura chirurgicală a herniei epigastrice	589.67
147.	Eventraţie postoperatorie	J12903	Cura chirurgicală a eventraţiei postoperatorii cu prosteza	589.67

NOTĂ:

1. Poziţiile 5 - 13 din tabelul de mai sus se referă la cura chirurgicală a fracturilor de piramidă nazală după un traumatism recent; nu sunt incluse corecţiile estetice.

2. La nivelul unui spital nu pot exista mai multe tarife negociate contractate pentru acelaşi tip de caz.

B.3. Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi şi tarifele maximale corespunzătoare:

B.3.1. Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraţilor prin tarif pe serviciu medical /vizită (zi) şi pentru care în vederea decontării nu este necesară închiderea fişei de spitalizare de zi (FSZ) după fiecare vizită (zi).

Font 8

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif maximal pe serviciu medical
1.	Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj	29 lei/şedinţă
2.	Radioterapie cu megavoltaj - cobaltoterapie	144 lei/şedinţă
3.	Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 2 D	180 lei/şedinţă
4.	Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 3 D	320 lei/şedinţă
5.	IMRT	640 lei/şedinţă
6.	Brahiterapie	302 lei/şedinţă
7.	Chimioterapie*) cu monitorizare	280 lei/şedinţă
8.	Litotriţie	350 lei/şedinţă
9.	Tratamentul şi profilaxia rabiei cu antitetanic	171 lei/administrare
10.	Tratamentul şi profilaxia rabiei fără antitetanic	111 lei/administrare
11.	Strabism la copii - reeducare ortooptică	50 lei/şedinţă

B.3.2 Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraţilor prin tarif pe serviciu medical şi pentru care în vederea decontării se închide fişa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

Font 8

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif maximal pe serviciu medical

1	Implant de cristalin**)	1.050 lei/asigurat/un serviciu pentru fiecare ochi, maxim 2 servicii pe CNP
2	Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală*) valabil pentru sarcini de până la 12 săptămâni de amenoree	272.40 lei/asigurat/serviciu
3	Amniocenteză***)	900 lei/asigurat/serviciu
4	Biopsie de vilozităţi coriale***)	900 lei/asigurat/serviciu
5	Monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	200 lei/lună/asigurat
6	Evaluarea dinamică a răspunsului viro - imunologic*)	450 lei/lună/asigurat
7	Monitorizarea bolilor neurologice (epilepsie şi tulburări de somn, boala Parkinson şi alte manifestări extrapiramidale, boli neuromusculare, miastenia gravis şi sindromul miastenic, neuropatii periferice, boli neurodegenerative ale sistemului nervos central, scleroza multiplă, stenoze arteriale carotidiene, vertebrale şi artere subclaviculare, demenţe, paralizii cerebrale)	200 lei/asigurat/lună
8	Monitorizarea şi tratamentul talasemiei şi hemofiliei*)	200 lei/lună/asigurat
9	Hepatite cronice de etiologie virală B, C şi D****)	200 lei/lună/asigurat
10	Ciroza hepatică****)	200 lei/lună/asigurat
11	Boli endocrine (acromegalie în tratament medicamentos şi 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 bioimpedanţei toracice*******)	180 lei/asigurat/semestru
22	Analgezia autocontrolată	69,4 lei/asigurat
23	Analgezie subarahnoidiană	108,5 lei/asigurat
24	Analgezie epidurală simplă	136,6 lei/asigurat
25	Analgezie epidurală cu cateter	209,6 lei/asigurat
26	Blocaj nervi periferici	120,5 lei/asigurat
27	Infiltraţie periradiculară transforaminală*****)	400 lei/asigurat
28	Bloc de ram median posterior*****)	120,5 lei/asigurat
29	Bloc de plex simpatic	400 lei/asigurat

30	Ablaţie cu radiofrecvenţă de ram median******)	209,6 lei/nivel/asigurat
31	Ablaţie cu radiofrecvenţă a inervaţiei genunchiului sau a articulaţiei coxofemurale******)	690 lei/asigurat
32	Ablaţie sacroiliac******)	690 lei/asigurat
33	Infiltraţie sacroiliacă*****)	400 lei/asigurat
34	Discografie stimulată*****)	400 lei/asigurat
35	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginoase şi crize de pierdere a conştienţei fără diagnostic etiologic cu investigaţii de înaltă performanţă	409 lei/asigurat
36	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginoase şi crize de pierdere a conştienţei fără diagnostic etiologic fără investigaţii de înaltă performanţă	204.48 lei/asigurat
37	Urgenţă medico-chirurgicală în camerele de gardă	100 lei/pacient
38	Urgenţă medico-chirurgicală în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătăţii	250 lei/pacient
39	Discectomie percutană	690 lei/2 discuri/asigurat/serviciu
40	Endoscopie de canal spinal	690 lei/asigurat/serviciu
41	Flavectomie	690 lei/2 discuri/asigurat
42	Evaluarea gravidei pentru infecţii cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecţia CMV, hepatită B şi C)	340 lei/asigurat/sarcină
43	Monitorizare afecţiuni oncologice cu investigaţii de înaltă performanţă	409 lei/asigurat/lună
44	Monitorizare afecţiuni oncologice fără investigaţii de înaltă performanţă	204,48 lei/asigurat/lună
45	Monitorizare insuficienţă renală cronică	204,48 lei/asigurat/lună
46	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) fără toxină botulinică	349,50 lei/asigurat
47	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) fără toxină botulinică	133,57 lei/asigurat
48	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulţi şi copii cu greutate peste 25 kg	1461,05 lei/asigurat/an
49	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	905,28 lei/asigurat/semestru
50	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulţi şi copii cu greutate peste 25 kg	1245,12 lei/asigurat/an
51	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	689,35 lei/asigurat/semestru
52	Monitorizarea bolilor psihiatrice adulţi şi copii (tulburări cognitive minore, demenţe incipiente, tulburări psihotice şi afective în perioade de remisiune, tulburări nevrotice şi de	

	personalitate)	200 lei/asigurat/lună
53	Implantarea cateterului venos central long-life destinat: administrării de medicamente, dializei cronice sau administrării de chimioterapice (în cure lungi de 6 - 24 luni) pentru pacienţii oncologici, hematologici, dializaţi. Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central long-life.	960 lei/asigurat
54	Implantarea cateterului venos central cu cameră implantabilă destinat administrării de chimioterapice (în cure lungi de 6 - 24 luni) pentru pacienţii oncologici şi hematologici. Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central şi camerei implantabile.	1.200 lei/asigurat
55	Monitorizarea pacemakerelor/defibrilatorului implantabil	309 lei/asigurat/anual
56	Monitorizarea pacienţilor cu insuficienţă cardiacă congestivă pentru asiguraţi cu afecţiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	327 lei/asigurat/anual
57	Monitorizarea pacienţilor cu tulburări de ritm/conducere cu afecţiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	394 lei/asigurat/anual
58	Incizia şi drenajul abceselor periosoase (loji superficiale ale capului şi gâtului)	519,43 lei/asigurat
59	Suprimarea firelor de sutură la pacienţi cu despicături labio-maxilopalatine după plastia buzei sau a palatului	412 lei/asigurat
60	Iridectomia sau capsulotomia cu laser	150 lei/asigurat
61	Implantare cateter peritoneal (tariful include şi costul cateterului)	690 lei/asigurat
62	Monitorizarea sifilisului genital primar şi sifilisului secundar al pielii şi mucoaselor	130 lei/asigurat/trimestru
63	Monitorizarea şi tratamentul colagenenozelor: poliartrita reumatoidă, lupus eritematos sistemic, dermato-polimiozită, sindrom Sjorgen, vasculite sistemice.	200 lei/asigurat/lună
64	Diagnostic şi monitorizare artrită precoce	200 lei/asigurat/lună
65	Monitorizarea bolilor hematologice	200 lei/asigurat/lună

Notă

*) Tariful nu cuprinde medicamentele specifice nominalizate prin programele naţionale de sănătate

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare. Serviciul medical se acordă o singură dată pentru fiecare ochi.

***) Biopsia de vilozităţi coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală, pentru cazuri cu anomalii majore confirmate imagistic anterior procedurii sau în caz de patologie genetică în familie cu risc de transmitere la descendenţi - la recomandarea medicului genetician, sau risc de aneuploidii mai mare de 1/100 la momentul examinării calculat prin algoritm Fetal Medicine Foundation; în tarifele aferente acestora este inclusă şi prelucrarea probelor prelevate - analiza ADN prin PCR a cromozomilor 13, 18, 21, X şi Y pentru diagnosticarea sindromului Down, Edwards, Patau, a sexului fetal şi anomalii numerice a cromozomilor sexuali.

****) Monitorizare şi administrare tratament afecţiuni care necesită administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experţi constituite la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experţi constituite la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate

*****) sub ghidaj Rx

******) sub ghidaj Rx şi maşina de ablaţie.

*******) Se poate efectua trimestrial la asiguraţii cu diabet zaharat confirmat.

NOTĂ pentru litera B:

1. Tarifele cuprind cheltuielile aferente cazurilor rezolvate precum şi serviciilor medicale (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare, investigaţii medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operaţie, precum şi cheltuieli indirecte).
2. Serviciile medicale spitaliceşti 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 unităţile sanitare cu paturi şi cu unităţile sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să efectueze aceste servicii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, care au avizate/aprobate de Ministerul Sănătăţii structuri de spitalizare de zi.
3. Serviciile acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B pot fi acordate şi în regim de spitalizare continuă dacă pacientul prezintă complicaţii sau comorbidităţi cu risc pentru pacient, sângerare majoră ce pune problema repleţiei 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 prevăzuţi la punctul 2, conform notei de fundamentare a tarifului completată prin utilizarea modelului prevăzut în anexa nr. 22 A la ordin.
5. Pentru fiecare poziţie din cazurile rezolvate/serviciile medicale în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B punctele B.1, B.2, B.3.1 şi B.3.2, se întocmesc fişe de spitalizare de zi distincte.
6. Serviciile medicale/cazurile rezolvate prevăzute la litera B nu pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale spitaliceşti prevăzute la litera A. Excepţie fac situaţiile 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, poziţiile 1 - 7, după caz, dacă unitatea sanitară la care asiguratul este internat în regim de spitalizare continuă, nu poate acorda aceste servicii.
7. Serviciile prevăzute la poziţiile 7, 8, 43, 44, 45, 52, 56, 57, 62, 63, 64 şi 65 din tabelul de la lit. B.3.2 includ, după caz, şi diagnostic/depistare.
8. Serviciile prevăzute la poziţiile 43 şi 44 din tabelul de la lit. B.3.2 se pot acorda pacienţilor cu afecţiuni oncologice care în luna respectivă beneficiază de serviciul prevăzut la poziţia 7 din tabelul de la lit. B.3.1

Pct. 8 de la "NOTĂ pentru litera B:", cap. I lit. B din anexa 22 a fost modificat de RECTIFICAREA nr. 388 din 31 martie 2015, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 303 din 4 mai 2015.
9. La nivelul unui spital nu pot exista mai multe tarife negociate contractate pentru acelaşi tip de serviciu.
10. Serviciile prevăzute la poziţiile 1-6 din tabelul de la lit. B.3.1 sunt prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, până la preluarea acestora în programele naţionale de sănătate cu scop curativ.
11. Criteriile pe baza căruia se efectuează internarea pacienţilor în regim de spitalizare de zi sunt:
a) situaţia de urgenţă medico-chirurgicală pentru:
a1) serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.2 poziţiile 37 şi 38 efectuate în camera de gardă, CPU/UPU care nu sunt finanţate de Ministerul Sănătăţii/ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie.
a2) serviciile prevăzute în lista de la punctul B.1 poziţiile 86, 87, 94 şi 95 care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii,
b) diagnosticul nu poate fi stabilit şi tratamentul nu poate fi efectuat şi/sau monitorizat în ambulatoriu pentru serviciile în regim de spitalizare de zi prevăzute în listele de la litera B, cu excepţia celor de la lit. a), care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii.
C. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanţă: CT, RMN, scintigrafie, angiografie.
Explorări computer-tomograf (CT)
1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă, cu dilacerare de părţi moi şi/sau afectare de organe interne
2. monotraumatisme:
- cranio-cerebrale
- coloană vertebrală
- torace
- abdomino-pelvine
- fracturi cominutive şi/sau deschise cu interesare de vase ale extremităţilor
3. hemoragii interne (după stabilizarea funcţiilor vitale)
4. accidente cerebro-vasculare acute şi afecţiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical
5. insuficienţă respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară
6. urgenţe abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatită acută, peritonită, ocluzie intestinală, ischemie mezenterică, anevrism aortic etc.)
7. meningo-encefalită acută

8. stări comatoase
Examenul CT va înlocui examenul RMN la asiguraţii cu contraindicaţii (prezenţă de stimulatoare cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni)
Explorări prin rezonanţă magnetică nucleară (RMN)
1. traumatisme vertebro-medulare
2. accidente vasculare cerebrale şi afecţiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizate CT
3. patologia oncologică indiferent de localizare
4. necroza aseptică de cap femural
5. urgenţe în patologia demielizantă (nevrita optică; parapareze brusc instalate)
Examenul RMN va înlocui examenul CT la asiguraţii cu contraindicaţii (insuficienţă renală, insuficienţă cardiacă severă, sarcină, alergie la substanţele de contrast iodate)
Explorări scintigrafice
1. tromboembolismul pulmonar
2. accidente coronariene acute
3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent
Explorări angiografice:
- afecţiuni vasculare indiferent de localizare

Capitolul II

Pachetul minimal de servicii medicale în asistenţa medicală spitalicească cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă şi de zi şi se acordă în situaţia în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat.

1. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienţilor în regim de spitalizare continuă sunt:
a) urgenţă medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau care au acest potenţial până la rezolvarea situaţiei de urgenţă;
b) boli cu potenţial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului;
c) naşterea
2. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienţilor în regim de spitalizare de zi sunt:
a) situaţia de urgenţă medico-chirurgicală, pentru:
a1) serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.2 poziţiile 37 şi 38 efectuate în camera de gardă, CPU/UPU care nu sunt finanţate de Ministerul Sănătăţii/ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie.
a2) serviciile prevăzute în lista de la punctul B.1 poziţiile 86, 87, 94 şi 95 care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii,
b) epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecţiuni care nu necesită izolare pentru serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.1 poziţiile 9 şi 10 şi punctul B.3.2 poziţia 62, care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii.
3. Pentru criteriul urgenţă medico-chirurgicală, spitalul acordă serviciile medicale având obligaţia să evalueze situaţia medicală a pacientului şi să îl externeze dacă serviciile medicale de urgenţă 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 spitaliceşti de către pacient pentru perioada în care serviciile acordate nu mai reprezintă urgenţă.

Capitolul III

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European /Confederaţiei Elveţiene, 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 spitaliceşti nu solicită bilet de internare.

2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţiei Elveţiene, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în asistenţa medicală spitalicească, de serviciile prevăzute la capitolul I din prezenta anexă. Furnizorii de servicii medicale spitaliceşti acordă serviciile medicale prevăzute la capitolul I din prezenta anexă, pe baza biletului de internare în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de

sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţiei Elveţiene.

3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, 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 condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

Serviciile medicale prevăzute la capitolul I, se acordă pe baza biletului de internare în aceleaşi condiţii ca şi 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. Statul de personal
2. Execuţia bugetului instituţiei sanitare publice la data de 31.12. 2014
3. Ultima formă a bugetului de venituri şi cheltuieli pentru anul 2014 valabilă la 31.12.2014 aprobată de ordonatorul de credite.
4. Lista investigaţiilor paraclinice/serviciilor medicale clinice - consultaţii interdisciplinare, efectuate în alte unităţi sanitare: nr., tipul, valoare şi nr. de bolnavi internaţi pentru care au fost efectuate aceste servicii.
5. Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi, la fundamentarea tarifului pe caz/serviciu se prezintă: modelul de pacient, lista şi numărul serviciilor medicale necesare pentru rezolvarea cazului/serviciului medical.
6. Stocul de medicamente, materiale sanitare şi reactivi la 01.01.2014 şi la 31.12.2014
7. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2015, pe elemente de cheltuieli*)

Notă

*) Se completează pentru fiecare secţie/compartiment pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, pe bază de tarif pe zi de spitalizare şi pentru fiecare tip de caz/serviciu în regim 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	Clasificaţie bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizaţii de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanţă	10.01.09	
Indemnizaţii plătite unor persoane din afara unităţii	10.01.12	
Indemnizaţii de delegare	10.01.13	
Indemnizaţii de detaşare	10.01.14	
Alocaţii pentru locuinţe	10.01.16	

Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuţii	10.03	
Contribuţii de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuţii de asigurări de şomaj	10.03.02	
Contribuţii de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuţii de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10.03.04	
Contribuţii pentru concedii şi indemnizaţii	10.03.06	
Contribuţii la fondul de garantare a creanţelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ŞI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri şi servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curăţenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat şi forţă motrică	20.01.03	
Apă, canal şi salubritate	20.01.04	
Carburanţi şi lubrifianţi	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poştă, telecomunicaţii, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale şi prestări servicii pentru întreţinere cu caracter funcţional	20.01.09	
Alte bunuri şi servicii pentru întreţinere şi funcţionare	20.01.30	
Reparaţii curente	20.02	
Medicamente şi materiale sanitare	20.04	
Hrană	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanţi	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detaşări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detaşări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	

C.J.P.C.E.T. Piatra Neamţ

Cărţi, publicaţii şi materiale documentare	20.11	
Consultanţă şi expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecţia muncii	20.14	
Comisioane şi alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare şi extrajudiciare derivate din acţiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispoziţiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol şi reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri şi servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂŢI ALE ADMINISTRAŢIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acţiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanţarea unităţilor de asistenţă medico-sociale	51.01.38	
Aparatură şi echipamente de comunicaţii în urgenţă	51.01.08	
Transferuri pentru reparaţii capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanţarea investiţiilor spitalelor	51.02.12	

MANAGER ..... DIRECTOR MEDICAL ..... DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL .....

Anexa 22 B

DESFĂŞURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE PENTRU CARE SPITALUL NU DEŢINE DOTAREA NECESARĂ SAU APARATURA EXISTENTĂ ÎN DOTAREA ACESTUIA NU ESTE FUNCŢIONALĂ ŞI AL CONSULTAŢIILOR INTERDISCIPLINARE, EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE INDIFERENT DE FORMA DE ORGANIZARE A ACESTORA, PE BAZA RELAŢIILOR CONTRACTUALE STABILITE ÎNTRE UNITĂŢILE SANITARE (CONFORM art. 97 lit. a) DIN ANEXA NR. 2 LA HOTĂRÂREA DE GUVERN NR. 400/2014, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE)

UNITATEA SANITARĂ CU PATURI .....

LOCALITATEA .....

JUDEŢUL .....

CONTRACT ÎNCHEIAT CU CAS. NR. .....

1. DESFĂŞURĂTORUL LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile medicale paraclinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul investigaţiei paraclinice efectuate	Număr investigaţii paraclinice efectuate	Tarif/investigaţie paraclinică contractat (lei)	Sume decontate (lei)

C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

Notă

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări.

2. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE
LUNA ..... ANUL .....
Unitatea sanitară care a furnizat serviciile paraclinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract (e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP/ cod unic de asigurare	Tipul investigaţiei paraclinice efectuate	Nr. investigaţii paraclinice	Tariful investigaţiei efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotalul investigaţiilor paraclinice efectuate pe un CNP/cod unic de asigurare				X	
...					
TOTAL					

Notă

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 1.
Total col. C6 = total col. C5 din tabelul de la pct. 1.
3. DESFĂŞURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAŢII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE (CONFORM art. 97 lit. b) DIN ANEXA NR. 2 LA HOTĂRÂREA DE GUVERN NR. 400/2014, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE)
LUNA ..... ANUL .....
Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul consultaţiei interdisciplinare efectuate	Număr consultaţii interdisciplinare efectuate	Tarif/consultaţie interdisciplinară contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4

TOTAL		x		

Notă

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări.

4. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAŢII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP cod unic de asigurare	Tipul consultaţiei interdisciplinare efectuate*)	Nr. consultaţii interdis-ciplinare	Tariful consultaţiei interdisciplinare efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotalul consultaţiilor interdisci-plinare din specialităţile clinice efectuate pe un CNP/cod unic de asigurare				X	
...					
...					
TOTAL					

Notă

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3

Total col. C6 = tot. col. C5 din tabelul de la pct. 3

5. DESFĂŞURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, CARE NECESITĂ CONDIŢII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAŢIILOR ŞI INVESTIGAŢIILOR PARACLINICE (CONFORM art. 97 lit. c) DIN ANEXA 2 LA HOTĂRÂREA DE GUVERN NR. 400/2014, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE)

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea specializată privată care a furnizat serviciile de transport*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km. aferenţi serviciilor	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
TOTAL				X	

Notă

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată privată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

6. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, CARE NECESITĂ CONDIŢII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAŢIILOR ŞI INVESTIGAŢIILOR PARACLINICE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea specializată care a furnizat serviciile de transport*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP/ cod unic de asigu- rare	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km. aferenţi serviciilor	Tarif/ km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
Subtotal pe un CNP/cod unic de asigurare					x	
...						
...						
	TOTAL				x	

Notă

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 5

Total col. C7 = tot. col. C6 din tabelul de la pct. 5

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....

NOTĂ:

Desfăşurătoarele se întocmesc lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, atât pe suport de hârtie cât şi electronic, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

În tabelele de la pct. 2, 4 şi 6, în coloana "C2", pentru cetăţenii străini se va completa numărul de identificare sau numărul cardului european/numărul paşaportului.

MANAGER	DIRECTOR MEDICAL	DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL
.....	.....	.....

Anexa 22 C

Unitatea sanitară cu paturi .....
Nr. Contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate .....
ADEVERINŢĂ
Nr. ...../data .....
Se adevereşte prin prezenta că pacientul ..... (nume prenume) CNP ..... este internat începând cu data de ..... în secţia ..... cu FOCG nr. .....
Prezenta s-a eliberat în vederea prescrierii de medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu pentru medicamentele şi materialele sanitare din programele naţionale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate /caselor de asigurări de sănătate, precum şi pentru medicamentele aferente afecţiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care a depus-o spitalul la contractare.
Semnătura,
cod parafă
medic şef de secţie
NOTĂ: se menţionează în foaia de observaţie clinică generală numărul şi data adeverinţei.

Anexa 23

CONDIŢIILE ACORDĂRII SERVICIILOR MEDICALE ÎN UNITĂŢI SANITARE CU PATURI ŞI MODALITĂŢILE DE PLATĂ ALE ACESTORA

Articolul 1

Serviciile medicale spitaliceşti de care beneficiază asiguraţii sunt: servicii medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă şi spitalizare de zi.

Articolul 2

Serviciile medicale spitaliceşti se acordă sub formă de:
1. servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistenţă medicală preventivă, curativă, de recuperare şi paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv; spitalizarea continuă este spitalizare cu durata de spitalizare mai mare de 12 ore.
2. servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienţii care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore/vizită (zi).

Articolul 3

Serviciile medicale spitaliceşti ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unităţile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătăţii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, fac obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi.
Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti prevăzut în anexa nr. 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, şi nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 22 la ordin. Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat negociat cu spitalul, este unic pentru acelaşi tip de caz/serviciu prevăzut în anexa nr. 22 la ordin, indiferent de structura de spitalizare de zi în care se acordă serviciul/cazul rezolvat.

Articolul 4

(1) Furnizarea de servicii medicale spitaliceşti 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 şi numărul de posturi aprobate, potrivit legii;
2. număr de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii;
3. număr de paturi contractabile cu încadrarea în planul de paturi aprobat la nivel judeţean stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii; numărul de paturi contractabile pentru fiecare spital, se stabileşte cu încadrarea în numărul de paturi aprobat la nivel judeţean de către o comisie formată din reprezentanţi ai casei de asigurări de sănătate şi ai direcţiei de sănătate publică/direcţiile medicale sau de structurile similare din ministerele şi instituţiile centrale

cu reţea sanitară proprie şi se avizează de Ministerul Sănătăţii şi Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, pe baza fundamentărilor transmise de casele de asigurări de sănătate/direcţiile de sănătate publică şi avute în vedere la stabilirea numărului de paturi contractabile.
La stabilirea numărului de paturi contractabile pentru fiecare spital casele de asigurări de sănătate/direcţiile de sănătate publică, vor avea în vedere necesarul de servicii medicale pe specialităţi inclusiv pentru serviciile medicale acordate asiguraţilor din alte judeţe, specialităţile deficitare şi condiţiile specifice existente la nivel local.
4. indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional, luat în calcul la stabilirea capacităţii spitalului funcţie de numărul de paturi contractabile este:
- pentru secţii/compartimente de acuţi 290 zile
- pentru secţii/compartimente de cronici şi îngrijiri paliative 320 zile
- pentru secţii/compartimente de cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110, art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani) 360 zile.
5. număr de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional pe tipuri de secţii/compartimente;
6. durată de spitalizare/durata de spitalizare efectiv realizată/durată medie de spitalizare la nivel naţional în secţiile pentru afecţiuni acute, după caz;
7. număr de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea spitalului funcţie de numărul de paturi contractabile;
8. indice de complexitate a cazurilor;
9. număr de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi şi 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 secţii compartimente de cronici.
14. durata medie de spitalizare la nivel de spital - DMS_spital - este prevăzută în anexa 23 A la ordin pentru spitalele de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG şi durata medie de spitalizare la nivel naţional - DMS_nat - este 6,25 pentru spitalele de acuţi care nu sunt finanţate pe baza sistemului DRG

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitaliceşti acordate în funcţie de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură şi de încadrarea cu personalul de specialitate;
2. infecţii nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;
3. gradul de operabilitate înregistrat pe secţiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;
4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;
5. numărul de cazuri de urgenţă medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgenţă (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;
6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractaţi pentru anul 2014, sau pentru perioada corespunzătoare, după caz.

(2) Spitalele vor prezenta caselor de asigurări de sănătate, în vederea contractării, nivelul indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manager interimar, numit prin ordin al ministrului sănătăţii în cazul spitalelor publice din reţeaua Ministerului Sănătăţii sau, în cazul ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, prin act administrativ al instituţiilor respective;

(3) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secţie şi pe tip de bolnavi: urgenţă, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătăţii /ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă, precum şi numărul serviciilor medicale/cazurilor rezolvate estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncţionale fără personalitate juridică din structura proprie.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti luând în calcul numărul de paturi contractabile, în condiţiile prevederilor Hotărârii de Guvern nr. 449/2014 privind aprobarea Planului naţional de paturi pentru perioada 2014 - 2016.

(5) Furnizorul de servicii medicale spitaliceşti care înfiinţează, conform legii, structuri sanitare cu paturi distincte, în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală sau pentru care solicită încheierea unui contract şi/sau în raza administrativ-teritorială a oricărei case de asigurări de sănătate, poate încheia contract cu casa de asigurări de sănătate/casele de asigurări de sănătate, cu respectarea tuturor celorlalte condiţii de contractare.

În situaţia în care furnizorul de servicii medicale spitaliceşti se regăseşte în anexa nr. 23 A la ordin, contractarea şi decontarea pentru afecţiunile 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 spitaliceşti va fi evidenţiată distinct în anexa nr. 23 A la ordin.

Pentru structurile distincte (spital) nou-înfiinţate, pentru care nu există istoric astfel încât să poată fi calculat ICM şi 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 spitaliceşti care are în componenţă secţii/compartimente de cronici contractarea se face pe baza tarifului pe zi de spitalizare.

Pe parcursul derulării contractului pentru secţiile/compartimentele de acuţi nou înfiinţate ale furnizorului de servicii medicale spitaliceşti care se regăseşte în anexa nr. 23 A, contractarea se face pe baza tarifului pe caz rezolvat (DRG) al spitalului, prevăzut în anexa nr. 23 A.

(6) În situaţia în care pe parcursul derulării contractului, se modifică clasificarea spitalului în sensul descreşterii, suma contractată se diminuează corespunzător având în vedere valoarea procentului de referinţă (P) aferent noii clasificări; economiile rezultate se repartizează de către casa de asigurări de sănătate, spitalelor cu care aceasta se află în relaţii contractuale, în funcţie de criteriile avute în vedere la contractare.

În situaţia în care pe parcursul derulării contractului, se modifică clasificarea spitalului în sensul creşterii, valoarea procentului de referinţă (P) nu se modifică şi suma contractată nu se recalculează corespunzător noii clasificări.

(7) În situaţia în care pe parcursul derulării contractului, se modifică clasificarea spitalului în sensul creşterii sau descreşterii acesteia, tariful pe caz ponderat prevăzut în anexa 23 A nu se modifică.

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 spitaliceşti, pentru afecţiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanţate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabileşte astfel:

- număr de cazuri externate contractate x indice case-mix 2015 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2015, respectiv
- număr de cazuri externate contractate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi

a1) Suma contractată (SC) de fiecare spital prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecţiuni acute în sistem DRG, se calculează astfel:

SC = P x (Nr_pat x IU_pat / DMS_ spital) x ICM x TCP

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate şi contractabile după aplicarea prevederilor Planului naţional de paturi, în care nu sunt incluse paturile pentru secţiile şi compartimentele de ATI, IU_pat, DMS_ spital, TCP şi ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat şi, respectiv, indicele case-mix. Durata medie de spitalizare la nivel de spital - DMS_spital - este prevăzută în anexa 23 A.

Valoarea procentului de referinţă (P) este stabilită în raport de clasificarea spitalelor în funcţie de competenţe conform prevederilor legale în vigoare, respectiv prevederile ordinului ministrului sănătăţii nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei şi a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcţie de competenţă, cu modificările şi completările ulterioare şi 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)%.

Pentru anul 2015, suma contractată de spitale nu poate fi mai mare decât cu maximum 25% faţă de suma contractată în anul precedent pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienţii acuţi, cu excepţia spitalelor prevăzute la poziţiile 29, 30, 31 şi 55 din anexa 23A la ordin.

Ultima teză a subpunctului a1), lit. a), alin. (1) al articolul 5 din anexa 23 a fost modificat de pct. 1 al art. I din ORDINUL nr. 246 din 29 aprilie 2015, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 300 din 30 aprilie 2015.

a2) Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formula de la punctul a1) ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate ţinând cont de valoarea procentului de referinţă pentru categoria în care se clasifică spitalul, iar DMS_ spital se înlocuieşte cu DMS_nat de 6,25.

Pentru anul 2015, suma contractată de spitale nu poate fi mai mare decât cu maximum 25% faţă de suma contractată în anul precedent pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienţii acuţi.

a3) Număr de cazuri externate ce poate fi contractat:

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital şi pe secţie se vor avea în vedere:

a3.1. Numărul de cazuri externate calculat la suma contractată = SC (suma contractată) / (ICM x TCP) aferente fiecărui spital; rezultatul se rotunjeşte la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a3.2 Numărul anual de cazuri externate negociat şi contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ţine seama şi de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează şi raportează trimestrial evidenţa acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate şi direcţiilor de sănătate publică.

a4) Indicele de case-mix pentru anul 2015 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin şi rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Numărul de cazuri ponderate se obţine prin înmulţirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

a5) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2015 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin, se stabileşte pentru fiecare spital şi rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate - grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel naţional, mediana duratei de spitalizare în secţiile ATI - naţional, precum şi definirea termenilor utilizaţi - sunt prevăzute în anexa nr. 23 B la ordin.

În situaţia în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin are în structură secţii/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);

a6) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi (non DRG)

Tariful mediu pe caz rezolvat (non DRG) se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului şi indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2014 şi sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţia servicii medicale spitaliceşti. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la ordin.

În situaţia în care unul din spitale are în structură secţii/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor lit. b).

a7) suma contractată conform prevederilor de mai sus se repartizează pe trimestre şi luni; la nivelul fiecărui spital suma lunară prevăzută în contract nu poate fi mai mare decât media lunară stabilită conform formulei prevăzută la lit. a1, respectiv la lit. a2, după caz.

b) suma pentru spitalele de cronici precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii) din alte spitale, care se stabileşte astfel:

număr de cazuri externate x durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 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/secţii/compartimente se negociază în funcţie de:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ţinându-se cont de modificările de structură aprobate /avizate de Ministerul Sănătăţii, după caz) şi al judeţului;
- cazurile estimate a fi externate pe spital şi pe secţie în anul 2015, în funcţie de numărul de paturi contractabile, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional pentru secţii/compartimente de cronici şi de durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 25 la ordin sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată, pentru secţiile /compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea prevăzută în anexa nr. 25 la ordin, dar nu mai mică de 75% faţă 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/secţie/compartiment se ţine seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ţine evidenţa acestor indicatori.

Numărul de cazuri externate, obţinut în condiţiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2014 pentru care nu se justifică internarea.

2. Durata de spitalizare pe secţii este valabilă pentru toate categoriile de spitale şi este prevăzută în anexa nr. 25 la ordin.

Pentru secţiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110, art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradul II şi III, psihiatrie cronici şi pneumoftiziologie adulţi şi copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2014.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secţie/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secţiile şi compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcţie de particularităţile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 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 condiţiile asistenţei medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabileşte astfel:

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2015 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional pentru secţiile/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 Programelor naţionale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi servicii de tratament şi/sau diagnostic, finanţată din fondul alocat pentru programele naţionale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programelor naţionale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

e) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi în cabinetele de boli infecţioase care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului şi cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialităţile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin;

f) suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanţată din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 18 la ordin;

g) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, şi care se determină prin înmulţirea numărului negociat şi contractat de servicii medicale spitaliceşti pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical /caz rezolvat se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 22 la ordin. Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat negociat cu spitalul, este unic pentru fiecare tip de caz/serviciu prevăzut în anexa nr. 22 la ordin, indiferent de structura de spitalizare de zi în care se acordă serviciul/cazul rezolvat.

h) suma pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condiţiile stabilite prin H.G. nr. 400 /2014, cu modificările şi completările ulterioare şi prin anexa nr. 26 la ordin, finanţate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Sumele de la lit. c) şi d) ale alin. (1) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la lit. e), f) şi h) ale alin. (1) se alocă prin încheierea de contracte distincte corespunzătoare tipului de asistenţă medicală încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Cheltuielile ocazionate de activităţile desfăşurate în camerele de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerul Sănătăţii/ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialităţi.

Serviciile medicale care se acordă în aceste structuri din cadrul spitalelor, sunt prevăzute în anexa nr. 22 litera B punctul B.3.2 poziţiile 37 şi 38 sunt decontate prin tarif pe serviciu medical şi sunt considerate servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi numai pentru situaţiile neinternate prin spitalizare continuă. Numărul serviciilor medicale şi tariful aferent acestora se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenţei medicale spitaliceşti. Sumele contractate pentru spitalizare de zi în cadrul acestor structuri, se evidenţiază distinct în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu de specialitate sau în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat (DRG)/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialităţi (non DRG) aferent spitalizării continue, în situaţiile în care cazurile sunt internate în aceeaşi unitate sanitară prin spitalizare continuă şi în aceeaşi zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Serviciile medicale acordate în ambulatoriul unităţii sanitare cu paturi şi decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau acordate în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe 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 spitaliceşti casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 90% din fondurile aprobate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(2) Diferenţa de 10% din fondul cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti ce nu a fost contractată iniţial se utilizează astfel:

a) 9% pentru:

a.1. - decontarea serviciilor prevăzute la art. 100 din H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

a.2. situaţii justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti.

b) 1% pentru complexitate suplimentară a cazurilor în ceea ce priveşte comorbiditatea şi numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secţiilor/compartimentelor de terapie intensivă. Suma se calculează trimestrial numai spitalelor care îndeplinesc cumulativ următoarele criterii:

- prezenţa permanentă a cel puţin unui medic în cadrul secţiei/compartimentului de terapie intensivă,
- prezenţa permanentă a unui număr corespunzător de personal mediu sanitar, conform prevederilor legale în vigoare, în cadrul secţiei/compartimentului de terapie intensivă,
- consum de medicamente de minimum 5% din totalul bugetului stabilit pentru secţia/compartimentul de terapie intensivă,
- consum de materiale sanitare cu cel puţin 50% peste media consumului de materiale sanitare la nivelul spitalului (media consumului la nivelul spitalului = consumul total de materiale sanitare la nivel de spital/nr. total al structurilor funcţionale ale spitalului, conform structurii aprobate, care contribuie la rezolvarea cazurilor de spitalizare).

Suma aferentă fiecărui spital care îndeplineşte criteriile de mai sus se stabileşte conform următoarei formule:

Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secţia/compartimentul de terapie intensivă a spitalului/Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG la nivelul tuturor spitalelor aflate în contract cu o casă de asigurări de sănătate pentru secţiile/compartimentele de terapie intensivă x 25% din suma reprezentând 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor.

Casele de asigurări de sănătate încheie act adiţional pentru sumele reprezentând complexitatea suplimentară a cazurilor, fără a modifica numărul de cazuri contractate aferente perioadei pentru care se acordă această sumă.

Zilele de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG din secţiile/compartimentele de terapie intensivă pentru fiecare spital se pun la dispoziţia caselor de asigurări de sănătate trimestrial de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti.

În situaţia în care nu sunt întrunite de către nici un furnizor, condiţiile pentru acordarea sumei calculate trimestrial din 1%, suma respectivă se utilizează în condiţiile lit. a.

Spitalele evaluează pacienţii atât la intrarea cât şi la ieşirea din compartimentele/secţiile TI, în conformitate cu sistemul de punctaj APACHE 2, astfel:

Sistemul de punctaj, APACHE-2

Variabile fiziologice									
Variabile	Punctaj								
	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectală (°C)	> 41	39.0 - 40.9		38.5 - 38.9	36.0 - 38.4	34.0 - 35.9	32.0 - 33.9	30.0 - 31.9	< 29.9
Mijloc BP (mm Hg)	> 160	130 - 159	110 - 129		70 - 109		50 - 69		< 49
Ritmul inimii (bătăi/min)	> 180	140 - 179	110 - 139		70 - 109		55 - 69	40 - 54	< 39
Rata respiraţiei (respiraţii/ min)	> 50	35 - 49		25 - 34	12 - 24	10 - 11	6 - 9		< 5
Oxigenare (kPa)*:									
FiO(2) > 50%	66.5	46.6 - 66.4	26.6 - 46.4		< 26.6				
A-aDO(2)									
FiO(2) < 50% PaO(2)					> 9.3	8.1 - 9.3		7.3 - 8.0	< 7.3
pH arterial	> 7.7	7.60 - 7.59		7.50 - 7.59	7.33 - 7.49		7.25 - 7.32	7.15 - 7.24	< 7.15
Serum sodium (mmol/l)	> 180	160 - 179	155 - 159	150 - 154	130 - 149		120 - 129	111 - 119	< 110
Serum potassium (mmol/l)	> 7	6.0 - 6.9		5.5 - 5.9	3.5 - 5.4	3.0 - 3.4	2.5 - 2.9		< 2.5
Serum creatinine (micromol/l)	> 300	171 - 299		121 - 170	50 - 120		< 50		
Total volum celule (%)	> 60		50 - 59.9	46 - 49.9	30 - 45.9		20 - 29.9		< 20
Număr de leucocite (x 10^9/l)	> 40		20 - 39.9	15 - 19.9	3 - 14.9		1 - 2.9		< 1
Alte variabile: - Scala de comă Glasgow - Vârsta						- Boli cronice - Statut chirurgical			

Articolul 7

(1) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2015 cu destinaţia servicii medicale spitaliceşti şi alocate caselor de asigurări de sănătate, se contractează de către acestea prin acte adiţionale la contractele iniţiale pentru anul 2015, precum şi pentru încheierea de contracte noi. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare condiţiile avute în vedere la contractare şi indicatorii specifici fiecărei unităţi sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii iniţiale de contract/actelor adiţionale, precum şi nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractaţi. Încheierea de contracte noi se face cu avizul ordonatorului principal de credite şi la contractare casa de asigurări de sănătate are în vedere încadrarea în numărul de paturi contractabile la nivel de judeţ, îndeplinirea tuturor condiţiilor de contractare, necesarul de servicii medicale şi încadrarea în fondurile alocate cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti, cu respectarea prevederilor de la art. 5 alin. (1).

(2) Pentru situaţii justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, din fondurile prevăzute la art 6 alin. (2) lit. a) punctul a.2), pot fi contractate cu spitalele/secţiile /compartimentele de acuţi servicii medicale acordate de la data semnării actului adiţional, dar fără a se depăşi suma ce poate fi contractată în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare lunară a fiecărui spital stabilită astfel:

(Nr_pat x IU_pat / DMS_ spital) x ICM x TCP /12 luni
În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate şi contractabile după aplicarea prevederilor Planului naţional de paturi, IU_pat, DMS_spital, TCP şi ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat şi, respectiv, indicele case-mix.
Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate, iar DMS_ spital se înlocuieşte cu DMS_nat de 6,25.

Articolul 8

Sumele pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi de unităţile sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să efectueze aceste servicii, inclusiv centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, şi care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, se determină prin înmulţirea numărului de servicii medicale spitaliceşti/cazuri rezolvate cu tarifele negociate aferente acestora. Tarifele sunt stabilite conform prevederilor art. 3.

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 spitaliceşti acordate în spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuţi, se face în funcţie de:

- numărul de cazuri externate, raportate şi validate.

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

- valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz;
- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2015, prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin;

2. Trimestrial se fac regularizări şi decontări, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuţi, în funcţie de:

- numărul de cazuri externate, raportate şi validate în ordine cronologică în funcţie de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de la 1 aprilie 2015 şi până la sfârşitul trimestrului respectiv.

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Numărul de cazuri rezolvate, validate şi decontate este număr întreg.
Pentru trimestrul I 2015 regularizarea se face 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 situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate, validate şi decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuţi, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.
În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate, validate şi decontate cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.
În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate şi validate cât şi 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 situaţia în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea continuă şi nu se înregistrează depăşiri la spitalizarea de zi, suma aferentă nerealizărilor aferente spitalizării continue se poate redistribui la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare în situaţia în care valoarea de contract aferentă acestor luni este mai mică decât cea stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. a, fără a se depăşi media lunară a sumei stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. a), iar eventualele diferenţe din nerealizări se diminuează prin act adiţional.

b) pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare, decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

b1) pentru spitalele de cronici şi pentru secţiile/compartimentele de cronici:
1. decontarea lunară în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă cronici se face în funcţie de:
- numărul de cazuri externate, raportate şi validate
Numărul de cazuri externate şi raportate se validează de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi numărul de cazuri externate şi raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări 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/secţiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110, art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi internările dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradul II şi III, pneumoftiziolgie adulţi şi copii, psihiatrie cronici, serviciile medicale spitaliceşti se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcţie de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat şi validat pentru luna pentru care se face decontarea, şi de tarifele pe zi de spitalizare negociate.
Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi numărul de cazuri externate şi raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
2. Trimestrial se fac regularizări şi decontări în limita sumei contractate pentru spitalizare cronici în funcţie de:
- numărul de cazuri externate, raportate şi validate pentru perioada de la 1 aprilie 2015 şi până la sfârşitul trimestrului respectiv:
Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
Pentru trimestrul I 2015 regularizarea se face 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/secţiilor pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110, art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată - ani, precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradul II şi III, pneumoftiziolgie adulţi şi copii, psihiatrie cronici, decontarea se face în funcţie de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat şi validat şi de tarifele pe zi de spitalizare negociate.
Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi numărul de cazuri externate şi raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
Pentru trimestrul I 2015 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.
În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate, validate şi decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă cronici, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile cronice se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.
În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate, validate şi decontate cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate şi validate cât şi 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 situaţia în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea continuă, suma aferentă nerealizărilor se poate redistribui la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare în situaţia în care valoarea de contract aferentă acestor luni este mai mică decât cea stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. b, fără a se depăşi media lunară a sumei stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. b), iar eventualele diferenţe din nerealizări se diminuează prin act adiţional.

b2) pentru serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă:

1. Decontarea lunară se face în funcţie de numărul de zile de spitalizare realizat şi validat şi de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate şi unităţile sanitare cu paturi, cu încadrarea în suma contractată lunar pentru servicii paliative.
Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi numărul de cazuri externate şi raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
2. Trimestrial se fac regularizări şi decontări cu încadrarea în suma contractată trimestrial pentru servicii paliative în funcţie de: numărul de zile de spitalizare realizat şi validat pentru trimestrul pentru care se face regularizarea şi de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate şi unităţile sanitare cu paturi.
Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi numărul de cazuri externate şi raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
Pentru trimestrul I 2015 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

c) pentru serviciile medicale spitaliceşti, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi (aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii, după caz ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de cronici, decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuţi, se face în funcţie de:
- numărul de cazuri externate raportate şi validate
Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat, aferent serviciilor medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.
2. Trimestrial se fac regularizări şi decontări, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuţi, în funcţie de:
- numărul de cazuri externate, raportate şi validate în ordine cronologică în funcţie de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de 1 aprilie 2015 şi până la sfârşitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;
Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
Numărul de cazuri rezolvate, validate şi decontate este număr întreg.
- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat, aferent serviciilor medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.
Pentru trimestrul I 2015 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.
În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate, validate şi decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuţi, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate, validate şi decontate cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.
În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate şi validate cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul contractat.
În situaţia în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea continuă, suma aferentă nerealizărilor se poate redistribui la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare în situaţia în care valoarea de contract aferentă acestor luni este mai mică decât cea stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. a, fără a se depăşi media lunară a sumei stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. a), iar eventualele diferenţe din nerealizări se diminuează prin act adiţional.

d) suma aferentă Programelor naţionale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi servicii de tratament şi/sau diagnostic, se decontează la nivelul realizărilor în limita sumelor prevăzute în programele naţionale cu scop curativ;

e) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programelor naţionale cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor în limita sumelor contractate cu această destinaţie;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, cabinete de boli infecţioase şi în cabinete de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, efectuate în regim ambulatoriu precum şi în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului şi cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, decontată din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice, în condiţiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin;

g) suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor decontată din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 18 la ordin, în limita sumei contractate;

h) pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate spitalizare de zi, se face în funcţie de:
- numărul de cazuri/servicii raportate şi validate

Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
- tariful negociat pe serviciu/caz rezolvat

2. La regularizarea trimestrială în vederea decontării, casele de asigurări de sănătate au în vedere următoarele:
- numărul de cazuri rezolvate/servicii, raportate şi validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de la de la 1 aprilie 2015 şi până la sfârşitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;

Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
- 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 situaţia în care contravaloarea cazurilor rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate şi validate este peste cea contractată, casele de asigurări de sănătate pot deconta această depăşire în limita economiilor înregistrate în spitalizarea continuă acuţi.
În situaţia în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea de zi, suma aferentă nerealizărilor se poate redistribui la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare cu destinaţia servicii de spitalizare de zi, iar eventualele diferenţe se diminuează prin act adiţional.

Pentru trimestrul I 2015 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

(2) Cazurile internate în regim de spitalizare continuă şi 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 şi au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se decontează de casele de asigurări de sănătate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferenţa fiind suportată de asigurat.

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeaşi unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în acelaşi tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de acelaşi tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepţia situaţiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, în acelaşi tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de acelaşi 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 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepţia situaţiilor în care comisia de revalidare a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condiţiile respectării criteriilor de internare prevăzute la punctul 3 litera F capitolul II din anexa nr. 1 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, şi în condiţiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 25% din cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

Articolul 10

Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti cu casele de asigurări de sănătate:

a) cheltuielile privind investigaţiile paraclinice pentru bolnavii internaţi efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, în situaţiile în care spitalul respectiv nu deţine dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcţională, cu încadrarea în bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat, pe baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru investigaţii paraclinice pentru pacienţii internaţi, efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 22 B la ordin.

b) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asiguraţii internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, cu excepţia transportului efectuat de serviciile publice de ambulanţă pentru pacienţii care nu se află în stare critică şi care se află în unităţile sau compartimentele de primiri urgenţe şi care necesită transport la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparţinând unităţii sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, acesta fiind suportat de către Ministerul Sănătăţii din fondul alocat serviciilor de ambulanţă; sumele plătite de către spitale pentru transportul interspitalicesc pentru asiguraţii internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 22 B la ordin.

c) suma aferentă consultaţiilor interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unităţi sanitare cu paturi, pe baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru consultaţiile interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unităţi sanitare cu paturi, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 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 şi masă la nivelul alocaţiei de hrană) pentru însoţitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat.

Asiguraţii suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare şi/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce priveşte cazarea, se înţelege

salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare şi fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider şi altele asemenea), iar în ceea ce priveşte masa, cea acordată la nivelul alocaţiei de hrană stabilite prin acte normative.

Contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort se stabileşte de fiecare unitate sanitară furnizoare de servicii spitaliceşti. Pentru unităţile sanitare cu paturi, atât publice cât şi private contribuţia personală a asiguraţilor pentru aceste servicii este de maxim 300 lei/zi.

(2) Spitalele încasează de la asiguraţi suma corespunzătoare coplăţii, astfel:

a) Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secţiile/compartimentele cu paturi din unităţile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare şi aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

b) Pentru serviciile medicale spitaliceşti, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Excepţie fac serviciile medicale spitaliceşti acordate în secţiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitaliceşti pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110, art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, serviciile medicale spitaliceşti pentru tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanţa de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitaliceşti pentru pacienţii din penitenciare ale căror afecţiuni necesită monitorizare şi reevaluare în cadrul penitenciarelor spital precum şi serviciile medicale spitaliceşti de lungă durată - ani şi serviciile medicale spitaliceşti pentru care criteriul de internare este urgenţa medico-chirurgicală.

c) Pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplăţii este de 5 lei iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplăţii este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul Consiliului de administraţie al unităţii sanitare respective.

(3) Furnizorii de servicii medicale aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitaliceşti contractate, încasează din partea asiguratului numai sumele reprezentând coplata şi contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort.

(4) Categoriile de asiguraţi scutite de coplată prevăzute la art. 213^1 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, fac dovada acestei calităţi cu documente eliberate de autorităţile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum şi documente şi/sau după caz declaraţie pe proprie răspundere că îndeplineşte condiţiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în anexa nr. 23 D la ordin.

Articolul 12

(1) Spitalele, inclusiv centrele de sănătate multifuncţionale cu şi fără personalitate juridică, sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti pentru asiguraţii internaţi în regim de spitalizare continuă şi în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din secţiile/compartimentele de ATI - structuri care nu internează/externează direct cazuri, precum şi pentru investigaţii paraclinice şi pentru medicamente - în limita listei prezentată la contractare -, materiale sanitare, precum şi toate cheltuielile necesare pentru situaţiile prevăzute la art . 10 lit. a), b) şi c), cu excepţia:

- medicamentelor, materialelor sanitare pentru afecţiunile din programele naţionale de sănătate, medicamentele pentru bolile pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate,
- dispozitivelor medicale şi serviciilor de tratament şi/sau diagnostic acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate pentru unele afecţiuni din programele naţionale de sănătate.

(2) În situaţia în care asiguraţii, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secţia în care aceştia sunt internaţi suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuţie personală, în condiţiile H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi ale prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraţilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligaţie exclusivă a spitalelor şi se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobată prin decizie a conducătorului instituţiei; metodologia va fi pusă la dispoziţia casei de asigurări de sănătate şi va fi adusă la cunoştinţă şi pacienţilor la internarea acestora în spital.

Articolul 13

(1) Serviciile medicale de înaltă performanţă (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă numai pe bază de recomandare medicală asiguraţilor conform fişelor de solicitare prevăzute în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică pacienţilor internaţi. Fişele de solicitare se întocmesc într-un singur exemplar dacă serviciile medicale de înaltă performanţă se efectuează de către spitalul în care este internat pacientul, fără a se întocmi bilet de trimitere pentru servicii medicale paraclinice.

(3) În situaţia în care spitalele nu deţin dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestora nu este funcţională, pentru pacienţii internaţi cărora li se recomandă servicii medicale de înaltă performanţă prevăzute la alin. (1) ce vor fi efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, spitalele întocmesc fişele de solicitare prevăzute în anexa nr. 24 la ordin care se completează în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea şi, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă. La fişa de solicitare se ataşează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigaţii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Articolul 14

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital au obligaţia ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării şi indicaţiile de tratament şi supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului), informaţii care trebuie să se regăsească şi în foaia de observaţie clinică generală la epicriză.

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital au obligaţia ca la externarea asiguratului să elibereze prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă recomandă un tratament în ambulatoriu conform scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital, pentru o perioadă de maximum 30 de zile.

Articolul 15

(1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri şi cheltuieli şi, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spitale pe trimestre şi luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior în funcţie de subordonare, şi al caselor de asigurări de sănătate.

(2) Casa de asigurări de sănătate decontează, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, cu excepţia cazurilor de urgenţă medico-chirurgicală, a cazurilor care necesită internare în secţiile de obstetrică şi neonatologie şi a bolilor cu potenţial endemo-epidemic. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, spitalele depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite din lista de prioritate în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului în lista de prioritate.

(4) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractaţi şi, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcţie de subordonare, şi caselor de asigurări de sănătate execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli. Regularizarea şi decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepţia trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate, raportate şi validate conform contractului de furnizare de servicii medicale de la data de 1 aprilie 2015 până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Articolul 16

Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, cu spitalele pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de

asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii ce-şi desfăşoară activitatea în aceste unităţi Modelul de convenţie este cel prevăzut în anexa nr. 42 la ordin.

Serviciile medicale spitaliceşti pot fi acordate asiguraţilor şi pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz.

Articolul 17

Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către membrii Comitetului director, care răspund, în condiţiile legii, de realitatea şi exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât şi cu ocazia raportării datelor în cursul execuţiei.

Articolul 18

Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitaliceşti sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoştinţă Ministerului Sănătăţii sau celorlalte ministere şi instituţii cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţilor administraţiei publice locale, în funcţie de subordonare, şi Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situaţie, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanţi ai Ministerului Sănătăţii, ai ministerului de resort, ai autorităţilor administraţiei publice locale, după caz, precum şi ai Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluţionează divergenţele.

Articolul 19

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

Articolul 20

Furnizorii de servicii medicale spitaliceşti vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialităţi, a tarifului pe zi de spitalizare şi a tarifului pe caz /serviciu medical 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, TCP şi DMS valabile pentru anul 2015

Font 8

Nr. Crt.	Cod Spital (CNAS)	Denumire spital	Clasificare	ICM 2015*)	TCP 2015**)	DMS_spital ***)
1	AB01	Spitalul Judeţean de Urgenţă Alba Iulia	III	1,2480	1.500	6,65
2	AB02	Spitalul de Boli Cronice Câmpeni	V	1,0317	1.430	8,33
3	AB03	Spitalul Municipal Blaj	IV	1,1789	1.475	7,45
4	AB04	Spitalul Orăşenesc Abrud	IV	1,0046	1.475	5,56
5	AB05	Spitalul Municipal Aiud	IV	1,2394	1.475	6,67
6	AB06	Spitalul Orăşenesc Câmpeni	IV	1,0396	1.475	6,33
7	AB08	Spitalul Municipal Sebeş	IV	1,2307	1.475	6,85
8	AB09	Spitalul Orăşenesc Cugir	IV	0,9207	1.475	6,19
9	AB12	Spitalul de Pneumoftiziologie Aiud	V	0,9287	1.430	7,62
10	AB14	Centrul Medical Dr. Laura Catana	V	1,3175	1.430	7,02
11	AG01	Spitalul Judeţean Piteşti	III	1,2242	1.600	6,89

12	AG02	Spitalul de Pediatrie Piteşti	IV	1,1973	1.600	4,57
13	AG04	Spitalul de Pneumoftiziologie Câmpulung	V	0,9754	1.430	9,36
14	AG05	Spitalul Municipal Câmpulung	IV	1,1621	1.475	6,28
15	AG06	Spitalul Orăşenesc "Regele Carol I" Costeşti	IV	1,2272	1.475	5,62
16	AG07	Spitalul Municipal Curtea de Argeş	IV	1,1463	1.475	6,54
17	AG08	Spitalul Orăşenesc "Sf. Spiridon" Mioveni	IV	0,8819	1.475	6,82
18	AG13	Spitalul de Psihiatrie Sf. Maria Vedea	V	1,3022	1.430	17,32
19	AG14	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf. Andrei" Valea Iaşului	V	0,9367	1.430	10,41
20	AG15	Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni	V	0,9931	1.430	10,55
21	AG24	SC Muntenia Medical Competences SA	V	1,1063	1.430	3,51
22	AR01	Spitalul Judeţean Clinic de Urgenţă Arad	II	1,3308	1.600	6,82
23	AR05	Spitalul Orăşenesc Ineu	IV	1,0893	1.475	6,32
24	AR06	Spitalul de Boli Cronice Lipova	IV	0,7551	1.475	7,53
25	AR07	Spitalul Orăşenesc Sebiş	V	0,7384	1.430	7,96
26	AR14	Spitalul "Sf. Gheorghe" Chişineu-Criş	IV	0,9820	1.475	4,93
27	AR20	Centrul Medical Laser System	IV	1,0766	1.475	7,04
28	AR21	SC Genesys Medical Clinic SRL	IV	1,1580	1.475	3,51
29	B_01	Spitalul Clinic "Sf. Maria" Bucureşti	II	1,1500	1.550	5,11
30	B_02	Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti	I	1,5283	1.850	6,48
31	B_03	Spitalul Clinic de Urgenţă de Chirurgie Plastică, Reparatorie şi Arsuri Bucureşti	IM	2,3376	2.230	6,30
32	B_04	Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" Bucureşti	IIM	1,2645	1.525	5,78
33	B_05	Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Gr. Alexandrescu" Bucureşti	IM	1,3431	1.600	4,18
34	B_06	Spitalul Clinic "Filantropia" Bucureşti	IM	0,8277	1.600	3,51
35	B_08	Spitalul Clinic de Urgenţe Oftalmologice Bucureşti	IM	0,6128	1.575	3,51
36	B_09	Spitalul Clinic de Chirurgie Oromaxilofacială "Prof. Dr. Dan Teodorescu" Bucureşti	IIM	0,7146	1.600	3,51
37	B_101	Tinos Clinic SRL	IV	1,5059	1.475	3,51
38	B_103	SC Centrul Medical Unirea SRL	IV	1,0990	1.475	3,51
39	B_11	Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucureşti	IM	1,0098	1.800	5,49
40	B_110	Clinica Angiomed	V	1,0147	1.430	3,51
41	B_113	SC Delta Health	IV	1,1191	1.475	3,51
42	B_116	Sanador	III	1,4087	1.500	3,51
43	B_12	Institutul de Endocrinologie "C. I. Parhon" Bucureşti	IM	0,9435	1.800	4,37
44	B_121	Clinica de angiografie şi terapie endovasculară Hemodinamic	V	1,5521	1.430	3,51
45	B_124	SC MedLife SA Sucursala Bucureşti	III	0,7315	1.500	3,51

46	B_125	SC Centrul Medical Medas 2003 SRL	V	0,3505	1.430	3,51
47	B_128	SC Medicover Hospitals SRL	IV	0,8630	1.475	3,51
48	B_129	Spital Monza	V	1,6525	1.430	3,51
49	B_13	Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino" Bucureşti	III	1,1464	1.500	4,89
50	B_136	SC Promed System SRL	V	0,5195	1.430	3,51
51	B_14	Institutul Naţional de Diabet, Nutriţie şi Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucureşti	IM	1,2920	1.800	5,20
52	B_140	Dr. Victor Babeş Spital General	V	0,8389	1.430	3,51
53	B_15	Spitalul Clinic de Ortopedie - Traumatologie şi TBC Osteoarticular "Foişor" Bucureşti	IIM	1,3219	1.825	4,28
54	B_16	Spitalul Clinic Colentina Bucureşti	II	1,9619	1.550	5,80
55	B_18	Institutul Clinic Fundeni Bucureşti	IM	1,4178	1.808	5,85
56	B_19	Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu" Bucureşti	IM	2,2053	1.800	5,07
57	B_20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucureşti	IM	1,0079	1.800	5,52
58	B_21	Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Pantelimon" Bucureşti	II	1,2461	1.600	4,46
59	B_22	Spitalul Clinic de Copii "Dr. V. Gomoiu" Bucureşti	IIM	1,2299	1.525	4,97
60	B_23	Spitalul Clinic "Colţea" Bucureşti	IM	1,6301	1.575	6,24
61	B_25	Spitalul Clinic de Boli infecţioase şi Tropicale "Dr. V. Babeş" Bucureşti	IIM	1,3125	1.525	6,95
62	B_27	Spitalul Clinic de Psihiatrie "Dr. Alexandru Obregia" Bucureşti	IM	1,5589	1.575	10,32
63	B_28	Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie" Bucureşti	IM	1,1570	1.600	5,20
64	B_29	Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Ioan" Bucureşti	II	1,4629	1.600	4,85
65	B_31	Spitalul Clinic "Prof. Dr. Th. Burghele" Bucureşti	IIM	1,1296	1.658	6,53
66	B_32	Institutul de Fonoaudiologie şi Chirurgie Funcţională ORL "Prof. Dr. D. Hociota" Bucureşti	IM	1,3476	1.800	6,44
67	B_33	Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti	I	1,2534	1.850	5,70
68	B_34	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sîrbu" Bucureşti	IIM	0,8472	1.600	3,51
69	B_35	Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti	IM	2,3358	1.600	5,63
70	B_36	Institutul Naţional de Neurologie şi Boli Neurovasculare Bucureşti	IM	1,5590	1.800	7,72
71	B_38	Centrul de Evaluare şi Tratament a Toxicodependenţelor pentru Tineri "Sf. Stelian"	V	1,3821	1.430	10,55
72	B_40	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf. Ştefan"	V	0,8684	1.430	7,62
73	B_41	Centrul de Boli Reumatismale "Dr. I. Stoia" Bucureşti	IIM	1,5332	1.580	6,18
74	B_42	Spitalul Clinic "Nicolae Malaxa" Bucureşti	III	1,1397	1.500	5,02
75	B_47	Institutul Naţional de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" Bucureşti	IM	1,5959	1.800	8,79

76	B_48	Institutul Naţional de Boli Infecţioase "Prof. Dr. Matei Bals" Bucureşti	IM	1,5656	1.800	4,99
77	B_50	Centrul de Sănătate RATB	IV	1,1072	1.475	4,25
78	B_80	Spitalul Universitar de Urgenţă "Elias" Bucureşti	I	1,2381	1.850	4,98
79	B_90	Spitalul de Psihiatrie Titan "Dr. C. Gorgos"	V	1,3860	1.430	10,72
80	B_91	SC Crestina Medicala Munposan '94 SRL	V	0,7224	1.430	4,38
81	B_95	Euroclinic Hospital SA	IV	0,9563	1.475	3,51
82	B_96	SC Med Life SA	III	1,2774	1.500	3,51
83	B_97	Clinica Sf. Lucia SRL	V	1,7520	1.430	3,51
84	BC01	Spitalul Judeţean de Urgenţă Bacău	III	1,1355	1.600	5,76
85	BC02	Spitalul de Pneumoftiziologie Bacău	V	1,0344	1.430	8,47
86	BC03	Spitalul Municipal Oneşti	III	1,1018	1.500	6,38
87	BC04	Spitalul Orăşenesc Buhuşi	IV	1,0249	1.475	6,67
88	BC05	Spitalul Orăşenesc "Ioan Lascăr" Comăneşti	IV	1,2584	1.475	7,26
89	BC06	Spitalul Municipal de Urgenţă Moineşti	III	1,2949	1.500	8,96
90	BC08	SC Polimed SRL	IV	0,9151	1.475	5,27
91	BC14	Clinica Palade Bacău	V	0,8052	1.430	3,51
92	BC15	SC Eldimedmaterna SRL	V	1,6382	1.430	3,51
93	BH01	Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea	II	1,4134	1.600	5,38
94	BH02	Spitalul Clinic Municipal "Dr. Gavril Curteanu" Oradea	II	1,3991	1.550	7,42
95	BH07	Spitalul Orăşenesc Alesd	IV	1,0389	1.475	6,28
96	BH09	Spitalul Municipal "Episcop N. Popovici" Beiuş	IV	1,0317	1.475	6,45
97	BH10	Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita	IV	1,0649	1.475	6,89
98	BH11	Spitalul de Psihiatrie Nucet	V	1,2771	1.430	13,43
99	BH12	Spitalul Municipal Salonta	IV	1,0621	1.475	6,56
100	BH13	Spitalul Orăşenesc Ştei	V	0,8989	1.430	7,41
101	BH14	Spitalul de Psihiatrie Ştei	IV	1,0623	1.475	13,83
102	BH26	Spitalul Pelican Oradea	II	1,5600	1.550	3,51
103	BH32	Euclid Oradea	V	0,8366	1.430	3,51
104	BN01	Spitalul Judeţean Bistriţa	III	1,0992	1.500	6,57
105	BN02	Spitalul Orăşenesc "Dr. G. Trifon" Năsăud	IV	0,8509	1.475	5,86
106	BN03	Spitalul Orăşenesc Beclean	IV	0,8270	1.475	5,78
107	BN09	SC Clinica Sanovil SRL	IV	0,9470	1.475	3,51
108	BR01	Spitalul Judeţean de Urgenţă Brăila	III	1,4732	1.500	7,03
109	BR05	Spitalul Orăşenesc Făurei	IV	0,8576	1.475	6,64
110	BR07	Spitalul "Sf. Pantelimon" Brăila	V	1,3709	1.430	12,28
111	BR09	Spitalul de Pneumoftiziologie Brăila	V	0,9125	1.430	8,32

Ciocniţa Piaţa Mesmt

112	BT01	Spitalul Judeţean de Urgenţă "Mavromati" Botoşani	III	1,0943	1.500	6,43
113	BT02	Spitalul "Sf. Gheorghe" Botoşani	V	0,9846	1.430	8,95
114	BT06	Spitalul Municipal Dorohoi	IV	1,0151	1.475	6,46
115	BT10	Spitalul de Pneumoftiziologie Botoşani	V	0,9983	1.430	8,35
116	BV01	Spitalul Judeţean Clinic de Urgenţă Braşov	II	1,4968	1.600	6,35
117	BV02	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Dr. I. A. Sbârcea" Braşov	IIM	1,0405	1.525	4,93
118	BV03	Spitalul Clinic de Copii Braşov	IIM	1,1743	1.600	5,07
119	BV04	Spitalul de Boli Infecţioase Braşov	IIM	1,4577	1.525	7,05
120	BV05	Spitalul de Pneumoftiziologie Braşov	IIM	1,1187	1.525	7,93
121	BV06	Spitalul Municipal Făgăraş	IV	0,9842	1.475	5,31
122	BV08	Spitalul Municipal Codlea	V	0,9451	1.430	7,08
123	BV10	Spitalul Orăşenesc "Dr. C. T. Sparchez" Zărneşti	IV	0,9343	1.475	5,53
124	BV12	Spitalul Orăşenesc Rupea	IV	0,8114	1.475	5,45
125	BV13	Spitalul de Psihiatrie şi Neurologie Braşov	IIM	1,2897	1.525	11,01
126	BV17	SC Rur Medical SRL	V	0,8677	1.430	3,51
127	BV18	Clinicile ICCO SRL	IIM	1,6497	1.525	3,51
128	BV21	Spitalul Teo Health SA	III	1,4123	1.500	3,51
129	BV23	SC Centrul Medical Unirea SRL Braşov	III	0,9073	1.500	3,51
130	BV24	SC PDR SA	IV	1,2053	1.475	3,51
131	BV25	SC Onco Card SRL - Centrul de Diagnostic şi Tratament Oncologic	V	1,3680	1.430	3,51
132	BV28	Clinicile ICCO Ortopedie SRL	V	2,0561	1.430	5,07
133	BZ01	Spitalul Judeţean Buzău	III	1,1738	1.500	5,66
134	BZ02	Spitalul Municipal Râmnicu Sărat	IV	0,9997	1.475	5,85
135	BZ04	Spitalul Orăşenesc Nehoiu	IV	0,8796	1.475	5,63
136	BZ09	Spitalul de Psihiatrie şi pentru Măsuri de Siguranţă Sapoca	IV	1,3863	1.475	13,59
137	CJ01	Spitalul Judeţean Clinic de Urgenţă Cluj-Napoca	I	1,2131	1.850	6,35
138	CJ02	Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. dr. O. Fodor" Cluj-Napoca	IM	1,5988	1.800	5,95
139	CJ03	Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca	IIM	1,1786	1.600	4,19
140	CJ04	Spitalul de Pneumoftiziologie "Leon Daniello" Cluj-Napoca	IIM	1,7323	1.600	8,71
141	CJ05	Spitalul Clinic de Boli Infecţioase Cluj-Napoca	IIM	1,7131	1.525	6,31
142	CJ06	Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca	IIM	1,2442	1.525	8,49
143	CJ07	Spitalul Municipal Clinic Cluj-Napoca	II	1,2785	1.550	7,57
144	CJ08	Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca	IM	1,2214	1.800	6,76
145	CJ09	Institutul Inimii "Prof. Dr. N. Stăncioiu" Cluj-Napoca	IM	2,1683	1.800	7,03

C.T.C.E. Piatra Neamţ

146	CJ10	Spitalul Municipal Dej	IV	0,9989	1.475	6,84
147	CJ11	Spitalul Municipal Turda	IV	0,9448	1.475	6,34
148	CJ12	Spitalul Municipal Gherla	IV	0,8515	1.475	5,50
149	CJ13	Spitalul Orăşenesc Huedin	IV	1,0160	1.475	6,24
150	CJ14	Spitalul Municipal Câmpia Turzii	IV	0,9482	1.475	5,60
151	CJ21	Institutul Clinic de Urologie şi Transplant Renal Cluj-Napoca	IM	1,0356	1.839	7,06
152	CL01	Spitalul Judeţean de Urgenţă Călăraşi	III	1,0169	1.500	5,65
153	CL02	Spitalul Municipal Oltenița	IV	0,7710	1.475	5,81
154	CL03	Spitalul Orăşenesc Lehliu-Gară	IV	0,7740	1.475	5,82
155	CL06	Spitalul de Psihiatrie Săpunari	V	1,3682	1.430	16,25
156	CL07	Spitalul de Pneumoftiziologie Călăraşi	V	1,1699	1.430	7,48
157	CS01	Spitalul Judeţean Reşiţa	III	1,1800	1.500	6,70
158	CS02	Spitalul Municipal de Urgenţă Caransebeş	III	0,9597	1.500	6,73
159	CS03	Spitalul Orăşenesc Oraviţa	IV	0,7651	1.475	6,38
160	CS05	Spitalul Orăşenesc Moldova Nouă	IV	0,7860	1.475	6,17
161	CS07	Spitalul Orăşenesc Oţelu Roşu	IV	0,8530	1.475	5,92
162	CT01	Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa	IA	1,3907	1.850	5,85
163	CT04	Spitalul Municipal Medgidia	III	1,0003	1.500	5,78
164	CT05	Spitalul Orăşenesc Cernavodă	IV	1,0132	1.475	4,39
165	CT06	Spitalul Municipal Mangalia	IV	0,9947	1.475	6,02
166	CT07	Spitalul Orăşenesc Hârşova	IV	0,9278	1.475	5,08
167	CT14	Spitalul Clinic de Boli Infecţioase Constanţa	IIM	1,5827	1.525	7,21
168	CT18	SC Medical Analysis	V	1,6748	1.430	3,51
169	CT19	SC Medstar 2000 SRL	V	1,3226	1.430	3,51
170	CT20	Euromaterna SA	V	1,2452	1.430	3,51
171	CT22	ISIS Medical Center	V	1,2695	1.430	3,51
172	CT24	SC Rocomedicor SRL	V	1,0132	1.430	3,51
173	CT32	SC Ovidius Clinical Hospital SRL	V	0,8987	1.430	3,51
174	CV01	Spitalul Judeţean "Dr. Fogolyan Kristof" Sfântu Gheorghe	III	1,1405	1.500	6,17
175	CV03	Spitalul Municipal Târgu Secuiesc	IV	0,9637	1.475	6,16
176	CV04	Spitalul Orăşenesc Baraolt	IV	0,7243	1.475	5,45
177	CV05	Spitalul de Cardiologie Covasna	IV	0,6962	1.475	5,89
178	CV08	SC Andimex SRL	V	0,7020	1.430	3,51
179	DB01	Spitalul Judeţean Târgovişte	III	1,3168	1.500	6,43
180	DB02	Spitalul Orăşenesc Pucioasa	IV	0,9831	1.475	7,98
181	DB03	Spitalul Orăşenesc Găeşti	IV	0,9305	1.475	6,39

182	DB04	Spitalul Orăşenesc Moreni	IV	0,9448	1.475	6,66
183	DJ01	Spitalul Judeţean Clinic de Urgenţă Craiova	II	1,2015	1.800	5,95
184	DJ02	Spitalul Municipal Clinic "Filantropia" Craiova	IV	1,1358	1.475	5,53
185	DJ03	Spitalul Clinic de Boli Infecţioase şi Pneumoftiziologie "Victor Babeş" Craiova	IIM	1,2170	1.525	6,39
186	DJ04	Spitalul Municipal "Dr. Irinel Popescu" Băileşti	IV	0,8801	1.475	5,76
187	DJ05	Spitalul "Filisanilor" Filiaşi	IV	1,0185	1.475	5,89
188	DJ06	Spitalul Orăşenesc Segarcea	IV	0,8512	1.475	5,77
189	DJ07	Spitalul Municipal Calafat	IV	0,9180	1.475	4,98
190	DJ13	Spitalul Orăşenesc "Aşezămintele Brâncoveneşti" Dăbuleni	IV	0,9692	1.475	5,38
191	DJ18	Spitalul de Pneumoftiziologie Leamna	V	1,1329	1.430	8,82
192	DJ20	Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Craiova	IIM	1,2798	1.525	8,42
193	DJ30	Centrul Medical Mogos Med	V	0,5684	1.430	3,51
194	DJ40	SC Eiffel Med SRL	V	0,9260	1.430	3,51
195	GJ01	Spitalul Judeţean Târgu Jiu	III	1,0799	1.500	5,99
196	GJ02	Spitalul Municipal Motru	IV	0,9536	1.475	5,73
197	GJ03	Spitalul Orăşenesc Târgu Cărbuneşti	III	1,1028	1.500	6,47
198	GJ04	Spitalul Orăşenesc Rovinari	IV	0,9636	1.475	5,95
199	GJ05	Spitalul Orăşenesc Novaci	IV	0,9336	1.475	4,96
200	GJ06	Spitalul Orăşenesc Bumbeşti-Jiu	IV	1,0664	1.475	6,31
201	GJ10	Spitalul de Pneumoftiziologie Tudor Vladimirescu	V	0,9171	1.430	9,07
202	GJ11	Spitalul Orăşenesc Turceni	IV	0,9335	1.475	5,82
203	GL01	Spitalul Judeţean Clinic de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" Galaţi	II	1,3079	1.600	6,69
204	GL02	Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sf. Ioan" Galaţi	II	1,1865	1.600	5,14
205	GL03	Spitalul de Psihiatrie "Elisabeta Doamna" Galaţi	V	1,2785	1.430	7,14
206	GL04	Spitalul de Obstetrică-Ginecologie "Bunavestire" Galaţi	V	0,9172	1.430	4,71
207	GL05	Spitalul de Pneumoftiziologie Galaţi	V	0,9678	1.430	9,80
208	GL06	Spitalul de Boli Infecţioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galaţi	V	1,1864	1.430	6,86
209	GL07	Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci	IV	0,8673	1.475	4,49
210	GL08	Spitalul Orăşenesc Târgu Bujor	IV	0,8060	1.475	4,79
211	GR01	Spitalul Judeţean Giurgiu	III	0,9915	1.500	6,87
212	GR05	Spitalul Orăşenesc Bolintin-Vale	IV	0,8527	1.475	5,91
213	HD01	Spitalul Judeţean de Urgenţă Deva	III	1,2649	1.600	7,03
214	HD02	Spitalul Municipal "Dr. A. Simionescu" Hunedoara	III	1,3042	1.500	6,46
215	HD03	Spitalul Municipal de Urgenţă Petroşani	III	1,2337	1.500	7,32
216	HD05	Spitalul Municipal Lupeni	IV	1,0623	1.475	7,19

Casa de Piatră Neamț

217	HD06	Spitalul Municipal Vulcan	IV	1,1288	1.475	5,09
218	HD07	Spitalul Municipal Brad	IV	1,0237	1.475	6,00
219	HD08	Spitalul Municipal Orăştie	IV	1,0289	1.475	6,68
220	HD09	Spitalul Orăşenesc Haţeg	IV	0,9163	1.475	5,53
221	HD18	Spitalul de Psihiatrie şi pentru Măsuri de Siguranţă Zam	V	1,1671	1.430	16,58
222	HR01	Spitalul Judeţean Miercurea-Ciuc	III	1,1729	1.500	5,79
223	HR02	Spitalul Municipal Odorheiul Secuiesc	III	1,1472	1.500	6,24
224	HR03	Spitalul Municipal Gheorgheni	IV	0,9804	1.475	6,21
225	HR04	Spitalul Municipal Topliţa	IV	0,9489	1.475	6,11
226	HR07	Spitalul de Psihiatrie Tulgheş	V	1,4080	1.430	14,13
227	IF01	Spitalul De Obstetrică Ginecologie Buftea	V	0,9560	1.430	3,88
228	IF03	Spitalul de Psihiatrie Eftimie Diamandescu Balaceanca	V	1,3523	1.430	20,79
229	IF06	Spitalul Judeţean "Sfinţii Împăraţi Constantin şi Elena" Ilfov	II	1,1069	1.550	5,16
230	IL01	Spitalul Judeţean de Urgenţă Slobozia	III	1,0920	1.500	5,23
231	IL02	Spitalul Municipal Urziceni	IV	0,9426	1.475	5,05
232	IL03	Spitalul Municipal Feteşti	IV	1,1002	1.475	5,44
233	IL04	Spitalul Orăşenesc Ţăndărei	IV	1,0233	1.475	5,56
234	IS01	Spitalul Judeţean Clinic de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi	I	1,4647	1.850	6,50
235	IS02	Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sf. Maria Iaşi	II	1,2418	1.600	5,68
236	IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. G.I.M. Georgescu" Iaşi	IM	2,0758	1.800	6,96
237	IS04	Spitalul Clinic "Dr. CI. Parhon" Iaşi	IM	1,5186	1.726	6,56
238	IS05	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Cuza-Vodă" Iaşi	II	1,1051	1.600	5,07
239	IS06	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Elena Doamna" Iaşi	IIM	1,2026	1.525	5,18
240	IS07	Spitalul Clinic Pneumoftiziologie Iaşi	II	1,5374	1.600	9,20
241	IS08	Institutul de Psihiatrie Socola Iaşi	IIM	1,3744	1.800	12,62
242	IS09	Spitalul Clinic de Boli infecţioase "Sf. Parascheva" Iaşi	IIM	1,2656	1.525	6,26
243	IS11	Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. N. Oblu" Iaşi	IIM	2,0616	1.600	7,37
244	IS12	Spitalul Clinic de Recuperare Iaşi	IIM	1,2538	1.525	8,59
245	IS13	Spitalul Orăşenesc Hârlău	IV	0,7314	1.475	4,99
246	IS14	Spitalul Municipal Paşcani	IV	1,0562	1.475	6,90
247	IS28	Spital Providenţa	IV	1,1458	1.475	6,23
248	IS30	Arcadia Hospital	IV	1,2110	1.475	3,51

Casa Piața Neamț

249	IS31	Arcadia Cardio	V	1,5463	1.430	3,51
250	IS32	Centrul de oncologie euroclinic	NC	1,2562	1.380	3,51
251	IS36	Institutul Regional de Oncologie Iași	IM	1,7383	1.800	5,39
252	IS43	Clinica de Chirurgie Esculap	NC	0,8486	1.380	3,51
253	M01	Spitalul Militar de Urgență "Regina Maria" Brașov	III	1,2987	1.500	5,91
254	M02	Spitalul Militar de Urgență "Dr. Ștefan Odobleja"	III	1,0736	1.500	6,91
255	M03	Spitalul Militar de Urgență Cluj-Napoca	III	1,1420	1.500	6,78
256	M04	Spitalul Militar de Urgență Galați	IV	1,0965	1.475	5,88
257	M05	Spitalul Militar de Urgență Dr. Victor Popescu Timișoara	II	1,1268	1.550	6,08
258	M06	Spitalul Clinic de Urgență "Avram Iancu" Oradea	II	1,2326	1.550	6,18
259	M07	Spitalul Clinic de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila"	I	1,6536	1.850	5,11
260	M08	Spitalul Militar de Urgență Iași	II	1,2532	1.550	5,15
261	M09	Spitalul Militar de Urgență "Dr. Alexandru Augustin" Sibiu	III	1,0747	1.500	5,87
262	M10	Spitalul Militar de Urgență Dr. Ion Jianu Pitești	III	1,1172	1.500	5,32
263	M11	Spitalul Militar de Urgență "Dr. Alexandru Gafencu" Constanța	IV	1,1198	1.475	5,62
264	M12	Spitalul Militar de Urgență Focșani	III	1,2030	1.500	6,42
265	M13	Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare "Academician Vasile Cândea"	IM	2,1461	1.600	7,18
266	M14	Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Dimitrie Gerota"	II	1,2142	1.550	6,94
267	M15	Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu"	II	1,2489	1.550	6,08
268	M16	Spitalul "Prof. Dr. Constantin Angelescu"	III	1,1723	1.500	5,66
269	MH01	Spitalul Județean Drobeta-Turnu Severin	III	1,1005	1.500	6,62
270	MH02	Spitalul Municipal Orșova	IV	0,9098	1.475	5,26
271	MH05	Spitalul Orășenesc Baia de Aramă	IV	0,8323	1.475	5,22
272	MM01	Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opriș" Baia Mare	III	1,3904	1.600	5,89
273	MM02	Spitalul de Boli Infecțioase, Dermatovenerologie și Psihiatrie Baia Mare	V	1,5212	1.430	7,48
274	MM03	Spitalul de Pneumoftiziologie "Dr. Nicolae Rusdea" Baia Mare	V	1,2782	1.430	7,68
275	MM04	Spitalul Municipal Sighetu Marmației	IV	0,9506	1.475	8,89
276	MM06	Spitalul de Psihiatrie Cavnic	V	1,1270	1.430	10,58
277	MM07	Spitalul de Recuperare Borșa	IV	0,9117	1.475	6,73
278	MM08	Spitalul Orășenesc Târgu Lăpuș	IV	0,8895	1.475	5,95
279	MM09	Spitalul Orășenesc Vișeu de Sus	IV	0,8749	1.475	7,08
280	MM11	SC CHE Cosmedica SRL	V	3,3356	1.430	3,57
281	MM12	SC Euromedica Hospital SA	IV	1,5387	1.475	4,38

C.T.C.E. Piatra Neamț

282	MM15	SC Clinica Somesan SRL	V	0,3808	1.430	3,51
283	MS01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Târgu Mureș	I	1,8658	1.850	6,93
284	MS02	Spitalul Clinic Județean Mureș	II	1,2506	1.550	7,06
285	MS04	Spitalul Municipal Sighișoara	IV	1,0597	1.475	6,37
286	MS05	Spitalul Orășenesc "Dr. Vaier Russu" Luduș	IV	0,9683	1.475	6,23
287	MS06	Spitalul Municipal "Dr. E. Nicoara" Reghin	IV	0,9812	1.475	6,23
288	MS07	Spitalul Municipal "Dr. Gh. Marinescu" Târnăveni	IV	1,1106	1.475	9,16
289	MS11	Centrul de Sănătate Sângeorgiu de Pădure	IV	0,8443	1.475	5,74
290	MS15	Centrul Medical "Galenus" - SC Adria Med SRL	IV	0,8762	1.475	3,51
291	MS16	SC Centrul Medical Topmed SRL	IV	1,1835	1.475	3,51
292	MS18	SC Cardio Med SRL	V	2,3205	1.430	3,51
293	MS19	SC Nova Vita Hospital SA	IV	1,1862	1.475	3,51
294	MS20	SC Cosmex SRL - Centrul Medical Puls	V	1,5043	1.430	3,51
295	MS21	Spitalul Sovata- Niraj	V	0,9414	1.430	6,21
296	MS24	Institutul de Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș	I	2,4893	1.850	7,15
297	NT01	Spitalul Județean de Urgență Piatra-Neamț	III	1,2242	1.500	6,35
298	NT02	Spitalul Municipal de Urgență Roman	III	1,1510	1.500	7,06
299	NT03	Spitalul Orășenesc Bicaz	IV	0,7324	1.475	5,16
300	NT04	Spitalul Orășenesc Târgu-Neamț	IV	1,0291	1.475	6,64
301	NT07	Spitalul de Pneumoftiziologie Bisericani	V	0,9197	1.430	9,80
302	OT01	Spitalul Județean Slatina	III	1,1145	1.500	6,13
303	OT02	Spitalul Orășenesc Balș	IV	1,1842	1.475	6,23
304	OT03	Spitalul Municipal Caracal	IV	1,0944	1.475	6,20
305	OT04	Spitalul Orășenesc Corabia	IV	0,9723	1.475	5,36
306	PH01	Spitalul Județean de Urgență Ploiești	III	1,1960	1.600	7,00
307	PH04	Spitalul de Obstetrică-Ginecologie Ploiești	V	0,9187	1.430	5,48
308	PH05	Spitalul de Ortopedie și Traumatologie Azuga	V	1,0115	1.430	6,06
309	PH06	Spitalul Orășenesc Băicoi	IV	0,7949	1.475	7,29
310	PH07	Spitalul Municipal Câmpina	IV	0,9932	1.475	5,52
311	PH08	Spitalul Orășenesc Sinaia	IV	1,0412	1.475	5,02
312	PH09	Spitalul Orășenesc Mizil	IV	0,9692	1.475	6,63
313	PH101	Spitalul Orășenesc Urlați	IV	0,5348	1.475	5,06
314	PH102	Spitalul de Pneumoftiziologie Drajna	V	1,0288	1.430	6,88
315	PH105	Dentirad Hospital SRL	V	0,7820	1.430	5,32
316	PH106	SC Spital Lotus SRL	V	0,3368	1.430	3,51
317	PH12	Spitalul Orășenesc Vălenii de Munte	IV	0,9426	1.475	5,66
318	PH13	Spitalul de Psihiatrie Voila	V	1,4393	1.430	13,75

CJAS Piatra Neamț

319	PH14	Spitalul de Boli Pulmonare Breaza	V	1,0039	1.430	9,39
320	PH20	Spitalul de Boli Infecţioase Ploieşti	V	1,0655	1.430	7,11
321	PH96	Spitalul de Pneumoftiziologie Floreşti	V	0,8164	1.430	6,35
322	PH98	Spitalul Municipal Ploieşti	IV	1,0805	1.475	6,81
323	PH99	Spitalul de Pediatrie Ploieşti	V	1,0266	1.600	4,40
324	SB01	Spitalul Clinic Judeţean Sibiu	II	1,3709	1.600	6,78
325	SB02	Spitalul de Psihiatrie "Dr. Gh. Preda" Sibiu	IIM	1,1888	1.525	9,40
326	SB03	Spitalul de Pneumoftiziologie Sibiu	IIM	1,1517	1.525	9,97
327	SB04	Spitalul Municipal Mediaş	IV	0,9407	1.475	6,08
328	SB05	Spitalul Orăşenesc Agnita	IV	0,8361	1.475	6,82
329	SB06	Spitalul Orăşenesc Cisnădie	IV	0,9132	1.475	5,59
330	SB08	Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu	IIM	1,4043	1.600	5,33
331	SB11	SC Clinica Polisano SRL	IIIPC	1,1736	1.500	3,83
332	SJ01	Spitalul Judeţean Zalău	III	1,2870	1.500	6,04
333	SJ02	Spitalul Orăşenesc "Prof. Dr. Ioan Puşcaş" Şimleu Silvaniei	IV	0,9298	1.475	6,48
334	SJ03	Spitalul Orăşenesc Jibou	V	0,9312	1.430	6,53
335	SJ10	SC Salvosan Ciobanca I.SRL	V	1,0055	1.430	7,77
336	SM01	Spitalul Judeţean Satu Mare	III	1,0621	1.500	6,39
337	SM03	Spitalul de Pneumoftiziologie Satu Mare	V	0,8973	1.430	8,72
338	SM04	Spitalul Municipal Carei	IV	1,0038	1.475	6,86
339	SM05	Spitalul Orăşenesc Negreşti-Oaş	IV	0,9269	1.475	6,66
340	SM08	Gynoprax	V	0,9472	1.430	3,68
341	SV01	Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Ioan Cel Nou" Suceava	III nivel II A	1,2826	1.600	6,27
342	SV02	Spitalul Municipal Câmpulung Moldovenesc	IV	0,9174	1.475	6,98
343	SV03	Spitalul Municipal Fălticeni	IV	0,9752	1.475	7,03
344	SV04	Spitalul Orăşenesc Gura Humorului	IV	0,7664	1.475	5,20
345	SV05	Spitalul Municipal Rădăuţi	IV	1,1574	1.475	6,63
346	SV06	Spitalul Orăşănesc Siret	V	0,6404	1.430	6,84
347	SV07	Spitalul Municipal Vatra Dornei	IV	0,7721	1.475	6,69
348	SV08	Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret	V	1,2628	1.430	7,30
349	SV12	Spitalul de Psihiatrie Câmpulung Moldovenesc	V	1,3483	1.430	12,03
350	SV17	Spitalul Bethesda Suceava	V	1,0146	1.430	3,51
351	T01	Spitalul General CF 2 Bucureşti	III	0,9792	1.500	5,77
352	T02	Spitalul Universitar CF Witing	IV	0,8923	1.475	5,84
353	T03	Spitalul Clinic CF Constanţa	IV	0,9601	1.475	6,54
354	T04	Spitalul Universitar CFR Craiova	IV	0,9593	1.475	5,23

C.T.C.E. Piatra Neamţ

355	T05	Spitalul Universitar CF Cluj	II	0,9690	1.550	5,87
356	T06	Spitalul Universitar CF Iaşi	IV	1,0928	1.475	6,93
357	T07	Spitalul Universitar CF Timişoara	IV	1,0026	1.475	5,72
358	T08	Spitalul Clinic CF Oradea	IV	1,0503	1.475	5,98
359	T09	Spitalul General CF Braşov	IV	1,0605	1.475	6,38
360	T10	Spitalul CFR Galaţi	IV	1,0784	1.475	6,80
361	T11	Spitalul General CF Ploieşti	IV	0,8508	1.475	7,77
362	T12	Spital General CF Sibiu	IV	1,1754	1.475	3,83
363	T13	Spitalul General CF Drobeta Turnu Severin	IV	0,9971	1.475	6,54
364	T14	Spitalul General CF Paşcani	IV	0,9238	1.475	6,59
365	T15	Spitalul General CF Simeria	IV	1,1540	1.475	6,34
366	T17	Spital CF Galaţi - Secţia Exterioară cu Paturi CF Buzău	IV	0,9825	1.475	7,79
367	TL01	Spitalul Judeţean de Urgenţă Tulcea	III	1,0095	1.500	6,19
368	TL03	Spitalul Orăşenesc Măcin	IV	1,0922	1.475	5,62
369	TM01	Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Pius Brînzeu" Timişoara	I	1,4203	1.850	6,77
370	TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgenţă Timişoara	II	1,2583	1.600	5,65
371	TM03	Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "L. Ţurcanu" Timişoara	IM	1,2941	1.600	5,52
372	TM04	Spitalul Clinic de Boli Infecţioase şi Pneumoftiziologie "Dr. V. Babeş"	IIM	1,4536	1.525	8,76
373	TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara	IM	2,0618	1.800	4,88
374	TM07	Spitalul Municipal Lugoj	IV	1,1038	1.475	7,10
375	TM09	Spitalul Orăşenesc Deta	IV	0,9860	1.475	4,77
376	TM10	Spitalul "Dr. Karl Diel" Jimbolia	IV	0,9783	1.475	5,13
377	TM11	Spitalul Orăşenesc Sâmnicolau Mare	IV	0,9187	1.475	4,41
378	TM12	Spitalul Orăşenesc Făget	IV	0,8852	1.475	5,88
379	TM15	Spitalul de Psihiatrie şi pentru Măsuri de Siguranţă Gătaia	V	1,2746	1.430	12,24
380	TM16	Spitalul de Psihiatrie şi pentru Măsuri de Siguranţă Jebel	IV	0,9914	1.475	16,99
381	TM17	Centrul Clinic de Evaluare şi Recuperare pentru Copii şi Adolescenţi Cristian Şerban Buziaş	IIM	0,8048	1.525	8,58
382	TM22	Centrul de Oncologie Oncohelp	IIM	0,9739	1.525	3,51
383	TM26	Centrul Medical Sfânta Maria	V	1,2200	1.430	3,51
384	TM27	Materna Care	V	1,0256	1.430	3,86
385	TR01	Spitalul Judeţean Alexandria	III	1,1977	1.500	5,24
386	TR02	Spitalul Municipal Turnu Măgurele	IV	0,7320	1.475	4,98
387	TR03	Spitalul Municipal "Caritas" Roşiori de Vede	IV	0,8495	1.475	5,37
388	TR04	Spitalul Orăşenesc Zimnicea	IV	0,6284	1.475	5,72

389	TR05	Spitalul Pneumoftiziologie Roşiorii de Vede	V	1,0588	1.430	8,61
390	TR08	Spitalul Psihiatrie Poroschia	V	1,4573	1.430	9,40
391	TR12	Spitalul Orăşenesc Videle	IV	0,7571	1.475	6,15
392	VL01	Spitalul Judeţean de Urgenţă Râmnicu Vâlcea	III	1,1152	1.500	6,58
393	VL03	Spitalul Municipal "Costache Nicolescu" Drăgăşani	IV	0,8224	1.475	7,56
394	VL04	Spitalul Orăşenesc Horezu	IV	0,8912	1.475	5,90
395	VL05	Spitalul Orăşenesc Brezoi	IV	0,7417	1.475	5,05
396	VL06	Spitalul de Pneumoftiziologie "C. Anastasatu" Mihăeşti	V	1,0511	1.430	6,52
397	VL11	SC Incarmed SRL Râmnicu Vâlcea	V	1,1680	1.430	4,92
398	VL15	SC Rapitest Clinica SRL	V	0,5972	1.430	3,51
399	VN01	Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Pantelimon" Focşani	III	1,2978	1.500	5,44
400	VN02	Spitalul Municipal Adjud	IV	1,0101	1.475	5,08
401	VN04	Spitalul Orăşenesc Panciu	IV	0,9823	1.475	5,06
402	VN07	Spitalul Comunal Vidra	IV	0,8498	1.475	5,33
403	VN09	Spital Materna SRL	V	0,8443	1.430	3,51
404	VS01	Spitalul Judeţean de Urgenţă Vaslui	III	1,1824	1.500	6,93
405	VS02	Spitalul Municipal de Urgenţă "Elena Beldiman" Bârlad	III	1,1139	1.500	6,40
406	VS04	Spitalul Municipal Huşi	IV	1,0467	1.475	6,14
407	VS07	Spitalul de Psihiatrie Murgeni	V	0,7369	1.430	8,16

Notă

*) ICM pentru anul 2015 este egal cu ICM realizat în anul 2014 propriu spitalului.

**) TCP pentru anul 2015 este stabilit diferenţiat în funcţie de categoria de clasificarea spitalului, conform următoarei metodologii:

1. TCP-ul mediu naţional pentru anul 2014 a fost de 1.525 lei şi reprezintă TCP - ul pentru anul 2015 aferent spitalelor care au categoria de clasificare II M.

2. Pentru celelalte categorii de clasificare, cu excepţia categoriei de clasificare I şi categoriei de clasificare V, TCP - ul pentru anul 2015 a fost stabilit astfel:

a) pentru spitalele care au categoria de clasificare peste II M, TCP - ul aferent categoriei de clasificare II M a fost majorat cu 25 lei pentru fiecare categorie de clasificare peste II M.

b) pentru spitalele care au categoria de clasificare sub II M, TCP - ul aferent categoriei de clasificare II M a fost diminuat cu 25 lei pentru fiecare categorie de clasificare sub II M.

3. TCP - ul pentru anul 2015 pentru spitalele din categoria de clasificare "Neclasificate" este 1.380 lei.

4. TCP - ul pentru anul 2015 pentru spitalele din categoriile extreme de clasificare, respectiv categoria de clasificare I şi categoria de clasificare V, s-a raportat la TCP - ul din anul 2014 aferent acestor categorii de clasificare şi a fost majorat cu 50 de lei faţă de categoria de clasificare I, respectiv categoria de clasificare V, devenind 1.850 lei, respectiv 1.430 lei.

5. TCP - ul pentru anul 2015 pentru institute este de 1.800 lei.

6. În situaţia în care TCP - ul pentru anul 2014 este mai mare faţă de TCP - ul pentru anul 2015 rezultat ca urmare a metodologiei de mai sus, TCP pentru anul 2015 = TCP pentru anul 2014.

7. TCP-ul pentru anul 2015 se poate majora cu până la 40% pentru poziţia 30 (B_02) şi cu până la 15% pentru poziţia 29 (B_01), poziţia 31 (B_03) şi poziţia 55 (B_18), având în vedere strategia de finanţare a Ministerului Sănătăţii.

Pct. 7 la al doilea asterisc, sub tabelul din anexa 23A a fost modificat de pct. 2 al art. I din ORDINUL nr. 246 din 29 aprilie 2015, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 300 din 30 aprilie 2015.

***) Durata medie de spitalizare a fiecărui spital pentru anul 2015 este durata medie de spitalizare realizată de spital în anul 2014. Pentru spitalele cu o durată medie de spitalizare realizată în anul 2014 mai mică decât media celor mai mici 5 durate de spitalizare pe secţii realizate în anul 2014 prevăzute în anexa nr. 25 la prezentul ordin, durata medie de spitalizare în anul 2015 este de 3,51.

Anexa 23 B I

LISTA CATEGORIILOR MAJORE DE DIAGNOSTIC

Cod CMD	Categoria majoră de diagnostic	Denumire categorie majoră de diagnostic
0		Pre-CMD
1	CMD 01	Boli şi tulburări ale sistemului nervos
2	CMD 02	Boli şi tulburări ale ochiului
3	CMD 03	Boli şi tulburări ale urechii, nasului, gurii şi gâtului
4	CMD 04	Boli şi tulburări ale sistemului respirator
5	CMD 05	Boli şi tulburări ale sistemului circulator
6	CMD 06	Boli şi tulburări ale sistemului digestiv
7	CMD 07	Boli şi tulburări ale sistemului hepatobiliar şi ale pancreasului
8	CMD 08	Boli şi tulburări ale sistemului musculo-scheletal şi ţesutului conjunctiv
9	CMD 09	Boli şi tulburări ale pielii, ţesutului subcutanat şi sânului
10	CMD 10	Boli şi tulburări endocrine, nutriţionale şi metabolice
11	CMD 11	Boli şi tulburări ale rinichiului şi tractului urinar
12	CMD 12	Boli şi tulburări ale sistemului reproductiv masculin
13	CMD 13	Boli şi tulburări ale sistemului reproductiv feminin
14	CMD 14	Sarcină, naştere şi lăuzie
15	CMD 15	Nou-născuţi şi alţi neonatali
16	CMD 16	Boli şi tulburări ale sângelui şi organelor hematopoietice şi tulburări imunologice
17	CMD 17	Tulburări neoplazice (hematologice şi neoplasme solide)
18	CMD 18	Boli infecţioase şi parazitare
19	CMD 19	Boli şi tulburări mentale
20	CMD 20	Consum de alcool/droguri şi tulburări mentale organice induse de alcool/droguri
21	CMD 21	Accidente, otrăviri şi efecte toxice ale medicamentelor
22	CMD 22	Arsuri
23	CMD 23	Factori care influenţează starea de sănătate şi alte contacte cu serviciile de sănătate
24		DRG abatere

Anexa 23 B II

Font 9

Nr. Crt.	Categoria majoră de diagnostic (CMD)	Categorie Medicală, Chirurgicală sau Alte-le (M/C/A)	Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativă	DMS	Mediana DS în secţiile ATI naţional
1	24	C	91010	Proceduri extinse în sala de operaţii neînrudite cu diagnosticul principal	2.7534	16.54	1.0
2	24	C	91020	Proceduri neextinse în sala de operaţii, neînrudite cu diagnosticul principal	1.4365	-	-
3	24	C	91030	Proceduri în sala de operaţii ale prostatei 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 ventilaţie > 95 ore	14.2331	22.37	6.0
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	Oxigenoterapie extracorporală fără chirurgie cardiacă	28.5797	-	-
17	0	A	A2021	Intubaţie vârsta < 16 cu CC	4.1332	17.01	2.0
18	0	A	A2022	Intubaţie vârsta < 16 fără CC	1.6508	6.65	1.0
19	1	C	B1010	Revizia shuntului ventricular	1.7579	16.44	1.0
20	1	C	B1021	Craniotomie cu CC catastrofale	5.8344	15.77	1.0
21	1	C	B1022	Craniotomie cu CC severe sau moderate	3.4275	14.60	1.0
22	1	C	B1023	Craniotomie fără CC	2.5833	13.27	1.0
23	1	C	B1031	Proceduri la nivelul colonei vertebrale cu CC catastrofale sau severe	4.2466	12.58	1.0
24	1	C	B1032	Proceduri la nivelul colonei vertebrale fără CC catastrofale sau severe	2.0414	8.84	0.5

25	1	C	B1041	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofale sau severe	2.2682	9.28	1.0
26	1	C	B1042	Proceduri vasculare extracraniene fără CC catastrofale sau severe	1.4176	5.72	0.5
27	1	C	B1050	Eliberarea tunelului carpian	0.3276	2.33	0.5
28	1	C	B1061	Proceduri pentru paralizie cerebrală, distrofie musculară, neuropatie cu CC catastrofale sau severe	4.3915	7.83	1.0
29	1	C	B1062	Proceduri pentru paralizie cerebrală, distrofie musculară, neuropatie fără CC catastrofale sau severe	0.7561	5.63	0.5
30	1	C	B1071	Proceduri la nivelul nervilor cranieni şi periferici şi alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2.0099	8.32	1.0
31	1	C	B1072	Proceduri la nivelul nervilor cranieni şi periferici şi alte proceduri ale sistemului nervos fără CC	0.712	6.38	0.5
32	1	A	B2010	Plasmafereza cu boli neurologice	0.8002	-	-
33	1	A	B2020	Monitorizare telemetrică EEG	0.8317	-	-
34	1	M	B3011	Paraplegie/tetraplegie stabilită cu sau fără proceduri în sala de operaţii cu CC catastrofale	5.0342	12.40	3.0
35	1	M	B3012	Paraplegie/tetraplegie stabilită cu sau fără proceduri în sala de operaţii fără CC catastrofale	1.5122	10.93	1.0
36	1	M	B3021	Afecţiuni ale măduvei spinării cu sau fără proceduri în sala de operaţii cu CC catastrofale sau severe	4.8704	19.69	2.0
37	1	M	B3022	Afecţiuni ale măduvei spinării cu sau fără proceduri în sala de operaţii fără CC catastrofale sau severe	1.2601	11.23	1.0
38	1	M	B3030	Internare pentru afereză	0.1827	-	-
39	1	M	B3040	Demenţă şi alte tulburări cronice ale funcţiei cerebrale	1.7957	12.51	2.0
40	1	M	B3051	Delir cu CC catastrofale	1.7579	-	-
41	1	M	B3052	Delir fără CC catastrofale	0.8884	7.54	1.0
42	1	M	B3060	Paralizie cerebrală	0.3339	-	-
43	1	M	B3071	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.6445	9.45	2.0
44	1	M	B3072	Tumori ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe	0.7624	9.82	1.0
45	1	M	B3081	Tulburări degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	2.1233	10.85	2.0
46	1	M	B3082	Tulburări degenerative ale sistemului nervos vârsta > 59 fără CC catastrofale sau severe	0.8821	12.01	2.0
47	1	M	B3083	Tulburări degenerative ale sistemului nervos vârsta < 60 fără CC catastrofale sau severe	0.4032	7.18	1.0
48	1	M	B3091	Scleroză multiplă şi ataxia de origine cerebeloasă cu CC	1.8776	-	-

49	1	M	B3092	Scleroza multiplă şi ataxia de origine cerebeloasă fără CC	0.3591	-	-
50	1	M	B3101	AIT şi ocluzie precerebrală cu CC catastrofale sau severe	0.9766	7.28	4.0
51	1	M	B3102	AIT şi ocluzie precerebrală fără CC catastrofale sau severe	0.4284	6.74	2.5
52	1	M	B3111	Accident vascular cerebral cu CC catastrofale	2.9991	14.79	4.0
53	1	M	B3112	Accident vascular cerebral cu CC severe	1.6319	11.73	3.0
54	1	M	B3113	Accident vascular cerebral fără CC catastrofale sau severe	1.0585	9.53	3.0
55	1	M	B3114	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0.3969	2.00	1.0
56	1	M	B3121	Tulburări ale nervilor cranieni şi periferici cu CC	1.2223	9.81	2.0
57	1	M	B3122	Tulburări ale nervilor cranieni şi periferici fără CC	0.252	3.8	0.5
58	1	M	B3131	Infecţii ale sistemului nervos cu excepţia meningitei virale cu CC catastrofale sau severe	2.7786	14.20	3.0
59	1	M	B3132	Infecţii ale sistemului nervos cu excepţia meningitei virale fără CC catastrofale sau severe	1.1467	9.18	2.0
60	1	M	B3140	Meningita virală	0.6175	-	-
61	1	M	B3150	Stupoare şi coma nontraumatică	0.5482	4.68	1.0
62	1	M	B3160	Convulsii febrile	0.2835	4.78	2.0
63	1	M	B3171	Atacuri cu CC catastrofale sau severe	1.1089	7.80	2.0
64	1	M	B3172	Atacuri fără CC catastrofale sau severe	0.3717	4.70	1.0
65	1	M	B3180	Cefalee	0.2709	5.38	1.0
66	1	M	B3191	Leziune intracraniană cu CC catastrofale sau severe	1.9973	7.81	2.0
67	1	M	B3192	Leziune intracraniană fără CC catastrofale sau severe	0.8191	8.08	1.0
68	1	M	B3200	Fracturi craniene	0.6616	6.36	1.0
69	1	M	B3210	Altă leziune a capului	0.2394	5.07	1.0
70	1	M	B3221	Alte tulburări ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.5059	8.62	2.0
71	1	M	B3222	Alte tulburări ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe	0.5545	5.26	1.0
72	2	C	C1010	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1.2853	8.56	1.0
73	2	C	C1020	Enucleeri şi proceduri ale orbitei	1.1278	6.16	0.5
74	2	C	C1030	Proceduri la nivelul retinei	0.6616	3.44	1.0
75	2	C	C1040	Proceduri majore asupra corneei, sclerei şi conjunctivei	0.8884	-	-
76	2	C	C1050	Dacriocistorinostomie	0.6112	3.72	1.0
77	2	C	C1060	Proceduri pentru strabism	0.4284	3.07	1.0

78	2	C	C1070	Proceduri ale pleoapei	0.4599	5.91	1.0
79	2	C	C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei şi conjunctivei	0.4158	-	-
80	2	C	C1090	Proceduri privind căile lacrimare	0.2835	5.75	1.0
81	2	C	C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului	0.315	3.14	1.0
82	2	C	C1111	Glaucom şi proceduri complexe ale cataractei	0.8191	3.96	1.0
83	2	C	C1112	Glaucom şi proceduri complexe ale cataractei, de zi	0.4284	-	-
84	2	C	C1121	Proceduri asupra cristalinului	0.6049	2.43	1.0
85	2	C	C1122	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0.4095	-	-
86	2	M	C3011	Infecţii oculare acute şi majore vârsta > 54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.1404	-	-
87	2	M	C3012	Infecţii oculare acute şi majore vârsta < 55 fără CC catastrofale sau severe	0.7057	-	-
88	2	M	C3020	Tulburări neurologice şi vasculare ale ochiului	0.4347	-	-
89	2	M	C3030	Hifema şi traume oculare tratate medical	0.2898	5.07	1.0
90	2	M	C3041	Alte tulburări ale ochiului cu CC	0.7498	7.31	1.0
91	2	M	C3042	Alte tulburări ale ochiului fără CC	0.2961	3.86	1.0
92	3	C	D1010	Implant cohlear	4.6436	9.29	1.0
93	3	C	D1021	Proceduri ale capului şi gâtului cu CC catastrofale sau severe	4.2655	13.46	1.0
94	3	C	D1022	Proceduri ale capului şi gâtului cu stare malignă sau CC moderate	1.8335	11.52	1.0
95	3	C	D1023	Proceduri ale capului şi gâtului fără stare malignă fără CC	1.1152	8.13	1.0
96	3	C	D1030	Cura chirurgicală a cheiloschisisului sau diagnostic privind palatul	1.1026	7.76	1.0
97	3	C	D1041	Chirurgie maxialo-facială cu CC	1.6193	6.35	1.0
98	3	C	D1042	Chirurgie maxialo-facială fără CC	0.9325	5.39	1.0
99	3	C	D1050	Proceduri la nivelul glandei parotide	1.4239	7.59	1.0
100	3	C	D1060	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei şi urechii medii	0.8947	6.60	1.0
101	3	C	D1070	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii şi gâtului	0.5671	4.83	1.0
102	3	C	D1080	Proceduri nasale	0.5293	4.75	1.0
103	3	C	D1090	Amigdalectomie şi/sau adenoidectomie	0.4284	2.95	0.5
104	3	C	D1100	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii şi gâtului	0.6427	5.05	1.0
105	3	C	D1110	Miringotomie cu inserţie de tub	0.2457	2.64	0.5
106	3	C	D1120	Proceduri asupra gurii şi glandei salivare	0.4978	4.57	1.0
107	3	A	D2010	Extracţii dentare şi restaurare	0.3402	3.14	1.0

108	3	A	D2020	Proceduri endoscopice de zi, pentru afecţiuni ORL	0.2016	-	-
109	3	M	D3011	Stare malignă a urechii, nasului, gurii şi gâtului cu CC catastrofale sau severe	1.8146	8.13	1.0
110	3	M	D3012	Stare malignă a urechii, nasului, gurii şi gâtului fără CC catastrofale sau severe	0.5608	5.56	1.0
111	3	M	D3020	Dezechilibru	0.3213	5.29	2.0
112	3	M	D3030	Epistaxis	0.2961	6.23	1.0
113	3	M	D3041	Otită medie şi infecţie a căilor respiratorii superioare cu CC	0.5293	4.65	1.0
114	3	M	D3042	Otită medie şi infecţie a căilor respiratorii superioare fără CC	0.3024	4.61	1.0
115	3	M	D3050	Laringotraheită şi epiglotită	0.2394	-	-
116	3	M	D3060	Traumatism şi diformitate nazale	0.2583	3.80	1.0
117	3	M	D3071	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura şi gâtul cu CC	0.649	6.19	1.0
118	3	M	D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura şi gâtul fără CC	0.2457	4.47	1.0
119	3	M	D3081	Tulburări orale şi dentare cu excepţia extracţiilor şi reconstituirilor	0.5293	3.60	0.5
120	3	M	D3082	Tulburări orale şi dentare cu excepţia extracţiilor şi reconstituirilor de zi	0.1449	-	-
121	4	C	E1011	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofale	4.1017	14.91	1.0
122	4	C	E1012	Proceduri majore la nivelul toracelui fără CC catastrofale	2.1989	8.72	1.0
123	4	C	E1021	Alte proceduri în sala de operaţii ale sistemului respirator cu CC catastrofale	3.6859	7.71	1.0
124	4	C	E1022	Alte proceduri în sala de operaţii ale sistemului respirator cu CC severe	1.5311	3.50	0.5
125	4	C	E1023	Alte proceduri în sala de operaţii ale sistemului respirator fără CC catastrofale sau severe	0.6112	4.52	0.5
126	4	A	E2010	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3.6985	9.22	3.0
127	4	A	E2020	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilaţie neinvazivă	2.6337	9.85	2.0
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	-	-
130	4	M	E3012	Fibroza cistică fără CC catastrofale sau severe	2.0036	-	-
131	4	M	E3021	Embolism pulmonar cu CC catastrofale sau severe	1.5374	9.68	2.0
132	4	M	E3022	Embolism pulmonar fără CC catastrofale sau severe	0.7876	-	-
133	4	M	E3031	Infecţii respiratorii/inflamaţii cu CC catastrofale	1.6697	9.53	2.0

134	4	M	E3032	Infecţii respiratorii/inflamaţii cu CC severe sau moderate	0.9703	7.67	1.0
135	4	M	E3033	Infecţii respiratorii/inflamaţii fără CC	0.5608	7.76	1.0
136	4	M	E3040	Apnee de somn	0.2835	-	-
137	4	M	E3050	Edem pulmonar şi insuficienţa respiratorie	0.8758	7.98	2.0
138	4	M	E3061	Boala cronică obstructivă a căilor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1.1467	9.01	3.0
139	4	M	E3062	Boala cronică obstructivă a căilor respiratorii fără CC catastrofale sau severe	0.6805	10.11	1.0
140	4	M	E3071	Traumatism major la nivelul toracelui vârsta > 69 cu CC	1.4302	10.10	2.0
141	4	M	E3072	Traumatism major la nivelul toracelui vârsta > 69 sau cu CC	0.7435	7.25	1.0
142	4	M	E3073	Traumatism major la nivelul toracelui vârsta < 70 fără CC	0.4032	-	-
143	4	M	E3081	Semne şi simptome respiratorii cu CC catastrofale sau severe	0.6679	10.49	1.0
144	4	M	E3082	Semne şi simptome respiratorii fără CC catastrofale sau severe	0.3087	-	-
145	4	M	E3090	Pneumotorax	0.7309	8.95	1.5
146	4	M	E3101	Bronşită şi astm vârsta > 49 cu CC	0.7624	7.98	2.0
147	4	M	E3102	Bronşită şi astm vârsta > 49 sau cu CC	0.5041	5.91	1.0
148	4	M	E3103	Bronşită şi astm vârsta < 50 fără CC	0.3339	-	-
149	4	M	E3111	Tuse convulsivă şi bronşiolită acută cu CC	1.0396	6.95	2.0
150	4	M	E3112	Tuse convulsivă şi bronşiolită acută fără CC	0.5608	-	-
151	4	M	E3121	Tumori respiratorii cu CC catastrofale	1.6508	8.77	1.0
152	4	M	E3122	Tumori respiratorii cu CC severe sau moderate	0.8758	7.99	1.0
153	4	M	E3123	Tumori respiratorii fără CC	0.4725	5.82	1.0
154	4	M	E3130	Probleme respiratorii apărute în perioada neonatală	0.9829	-	-
155	4	M	E3141	Revărsat pleural cu CC catastrofale	1.6634	10.99	2.0
156	4	M	E3142	Revărsat pleural cu CC severe	1.0396	12.01	2.0
157	4	M	E3143	Revărsat pleural fără CC catastrofale sau severe	0.6049	-	-
158	4	M	E3151	Boala interstiţială pulmonară cu CC catastrofale	1.676	8.09	2.0
159	4	M	E3152	Boala interstiţială pulmonară cu CC severe	1.153	6.82	1.0
160	4	M	E3153	Boala interstiţială pulmonară fără CC catastrofale sau severe	0.6616	5.81	1.0
161	4	M	E3161	Alt diagnostic al sistemului respirator vârsta > 64 cu CC	0.9388	6.33	1.0
162	4	M	E3162	Alt diagnostic al sistemului respirator vârsta > 64 sau cu CC	0.6364	5.88	1.0

163	4	M	E3163	Alt diagnostic al sistemului respirator vârsta < 65 fără CC	0.3843	4.58	1.0
164	5	C	F1011	Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofale sau severe	7.3276	-	-
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 componenta AICD	6.3447	-	-
167	5	C	F1030	Procedura de valvă cardiacă cu pompă CPB cu investigaţie cardiacă invazivă	8.8524	22.28	3.0
168	5	C	F1041	Procedura de valvă cardiacă cu pompă CPB fără investigaţie cardiacă invazivă cu CC catastrofale	6.1557	16.99	2.0
169	5	C	F1042	Procedura de valvă cardiacă cu pompă CPB fără investigaţie cardiacă invazivă fără CC catastrofale	4.3663	12.55	2.0
170	5	C	F1051	Bypass coronarian cu investigaţii cardiace invazive cu CC catastrofale	6.5779	19.54	2.0
171	5	C	F1052	Bypass coronarian cu investigaţii cardiace invazive fără CC catastrofale	4.9397	15.30	2.0
172	5	C	F1061	Bypass coronarian fără investigaţii cardiace invazive cu CC catastrofale sau severe	4.0513	15.71	2.0
173	5	C	F1062	Bypass coronarian fără investigaţii cardiace invazive fără CC catastrofale sau severe	3.0999	13.81	3.0
174	5	C	F1071	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompă CPB cu CC catastrofale	7.523	16.86	2.0
175	5	C	F1072	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompă CPB fără CC catastrofale	4.5365	18.14	2.0
176	5	C	F1081	Proceduri majore de reconstrucţie vasculară fără pompă CPB cu CC catastrofale	5.2232	18.07	1.0
177	5	C	F1082	Proceduri majore de reconstrucţie vasculară fără pompă CPB fără CC catastrofale	2.5266	15.19	1.0
178	5	C	F1091	Alte proceduri cardiotoracice fără pompă CPB cu CC catastrofale	4.1143	12.20	1.0
179	5	C	F1092	Alte proceduri cardiotoracice fără pompă CPB fără CC catastrofale	2.6715	11.82	1.0
180	5	C	F1100	Intervenţie coronară percutanată cu IMA	1.8461	6.67	2.0
181	5	C	F1111	Amputaţie pentru sistemul circulator cu excepţia membrului superior şi a degetului de la picior cu CC catastrofale	5.9037	20.29	1.0
182	5	C	F1112	Amputaţie pentru sistemul circulator cu excepţia membrului superior şi a degetului de la picior fără CC catastrofale	2.9487	18.58	1.0
183	5	C	F1120	Implantare pacemaker cardiac	1.9343	10.17	1.0
184	5	C	F1130	Amputaţie a membrului superior şi a degetului pentru tulburări ale sistemului circulator	2.3375	17.44	1.0

185	5	C	F1141	Proceduri vasculare exceptând reconstrucţia majoră fără pompă CPB cu CC catastrofale	3.1881	7.34	0.5
186	5	C	F1142	Proceduri vasculare exceptând reconstrucţia majoră fără pompă CPB cu CC severe	1.342	7.84	1.0
187	5	C	F1143	Proceduri vasculare exceptând reconstrucţia majoră fără pompă CPB fără CC catastrofale sau severe	0.9388	5.58	1.0
188	5	C	F1150	Intervenţie coronară percutanată fără IMA cu implantare de stent	1.2853	3.76	1.0
189	5	C	F1160	Intervenţie coronară percutanată fără IMA fără implantare de stent	1.2538	5.38	1.0
190	5	C	F1170	Înlocuire de pacemaker cardiac	1.2538	10.25	1.0
191	5	C	F1180	Revizie de pacemaker cardiac exceptând înlocuirea dispozitivului	1.216	-	-
192	5	C	F1190	Altă intervenţie percutanată cardiacă transvasculară	1.5689	-	-
193	5	C	F1200	Ligatura venelor şi stripping	0.6616	6.77	1.0
194	5	C	F1211	Alte proceduri în sala de operaţii privind sistemul circulator cu CC catastrofale	3.2385	11.37	1.0
195	5	C	F1212	Alte proceduri în sala de operaţii privind sistemul circulator fără CC catastrofale	1.2601	12.28	1.0
196	5	A	F2010	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3.4401	8.05	3.0
197	5	A	F2021	Tulburări circulatorii cu IMA cu proceduri de investigaţie cardiacă invazivă cu CC catastrofale sau severe	1.7327	7.43	2.0
198	5	A	F2022	Tulburări circulatorii cu IMA cu proceduri de investigaţie cardiacă invazivă fără CC catastrofale sau severe	1.0648	-	-
199	5	A	F2031	Tulburări circulatorii fără IMA cu proceduri de investigaţie cardiacă invaziv cu diagnostic principal complex	1.0396	7.70	2.0
200	5	A	F2032	Tulburări circulatorii fără IMA cu proceduri de investigaţie cardiacă invazivă fără diagnostic principal complex	0.5608	-	-
201	5	M	F3011	Tulburări circulatorii cu IMA fără proceduri de investigaţie cardiacă invazivă cu CC catastrofale sau severe	1.3609	9.01	2.0
202	5	M	F3012	Tulburări circulatorii cu IMA fără proceduri de investigaţie cardiacă invazivă fără CC catastrofale sau severe	0.6553	6.48	1.0
203	5	M	F3013	Tulburări circulatorii cu IMA fără proceduri de investigaţie cardiacă invazivă, decedat	0.7561	3.87	1.0
204	5	M	F3020	Endocardita infecţioasă	2.7471	17.13	3.0
205	5	M	F3031	Insuficienţa cardiacă şi şoc cu CC catastrofale	1.6886	8.76	2.0
206	5	M	F3032	Insuficienţa cardiacă şi şoc fără CC catastrofale	0.7561	8.06	2.0
207	5	M	F3041	Tromboza venoasă cu CC catastrofale sau severe	1.2538	9.55	3.0

208	5	M	F3042	Tromboza venoasă fără CC catastrofale sau severe	0.5734	9.23	3.0
209	5	M	F3050	Ulcerație a pielii pentru tulburări circulatorii	1.5689	8.66	1.0
210	5	M	F3061	Tulburări vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1.2853	8.12	1.0
211	5	M	F3062	Tulburări vasculare periferice fără CC catastrofale sau severe	0.4284	7.88	1.0
212	5	M	F3071	Ateroscleroza coronariană cu CC	0.5482	7.03	2.0
213	5	M	F3072	Ateroscleroza coronariană fără CC	0.2646	-	-
214	5	M	F3081	Hipertensiune cu CC	0.7246	7.45	2.0
215	5	M	F3082	Hipertensiune fără CC	0.3528	4.99	2.0
216	5	M	F3090	Boala congenitală de inimă	0.378	43.77	4.0
217	5	M	F3101	Tulburări valvulare cu CC catastrofale sau severe	1.2034	10.32	2.0
218	5	M	F3102	Tulburări valvulare fără CC catastrofale sau severe	0.252	-	-
219	5	M	F3111	Aritmie majoră și stop cardiac cu CC catastrofale sau severe	0.9829	5.97	1.0
220	5	M	F3112	Aritmie majoră și stop cardiac fără CC catastrofale sau severe	0.4473	5.71	1.0
221	5	M	F3121	Aritmie non-majoră și tulburări de conducere cu CC catastrofale sau severe	0.9514	7.96	2.0
222	5	M	F3122	Aritmie non-majoră și tulburări de conducere fără CC catastrofale sau severe	0.3654	4.47	1.0
223	5	M	F3131	Angina instabilă cu CC catastrofale sau severe	0.8317	8.03	2.0
224	5	M	F3132	Angina instabilă fără CC catastrofale sau severe	0.4221	5.49	2.0
225	5	M	F3141	Sincopa și colaps cu CC catastrofale sau severe	0.7876	5.88	1.0
226	5	M	F3142	Sincopa și colaps fără CC catastrofale sau severe	0.2961	3.22	1.0
227	5	M	F3150	Durere toracică	0.2646	-	-
228	5	M	F3161	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2.0414	10.63	2.0
229	5	M	F3162	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC severe	0.9892	8.16	1.0
230	5	M	F3163	Alte diagnostice ale sistemului circulator fără CC catastrofale sau severe	0.523	5.70	1.0
231	6	C	G1011	Rezecție rectală cu CC catastrofale	4.694	18.90	2.0
232	6	C	G1012	Rezecție rectală fără CC catastrofale	2.6841	15.96	2.0
233	6	C	G1021	Proceduri majore pe intestinul subțire și gros cu CC catastrofale	4.4356	16.60	2.0
234	6	C	G1022	Proceduri majore pe intestinul subțire și gros fără CC catastrofale	2.1359	12.89	1.0
235	6	C	G1031	Proceduri la nivelul stomacului,esofagului			

Ciobanu Piatra Neamț

				și duodenului cu stare malignă	5.0909	19.51	3.0
236	6	C	G1032	Proceduri la nivelul stomacului,esofagului și duodenului fără stare malignă cu CC catastrofale sau severe	3.8182	13.25	2.0
237	6	C	G1033	Proceduri la nivelul stomacului,esofagului și duodenului fără stare malignă fără CC catastrofale sau severe	1.3672	11.40	1.0
238	6	C	G1041	Aderențe peritoneale vârsta > 49 cu CC	2.892	10.92	1.0
239	6	C	G1042	Aderențe peritoneale vârsta > 49 sau cu CC	1.7579	7.52	1.0
240	6	C	G1043	Aderențe peritoneale vârsta < 50 fără CC	1.0459	5.84	1.0
241	6	C	G1051	Proceduri minore pe intestinul subțire și gros cu CC	1.9532	9.22	1.0
242	6	C	G1052	Proceduri minore pe intestinul subțire și gros fără CC	1.0963	7.06	0.5
243	6	C	G1060	Piloromiotomie	1.0648	-	-
244	6	C	G1071	Apendicectomie cu CC catastrofale sau severe	1.6886	5.81	1.0
245	6	C	G1072	Apendicectomie fără CC catastrofale sau severe	0.8443	4.83	1.0
246	6	C	G1081	Proceduri pentru hernie abdominală și alte hernii vârsta > 59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.0018	9.15	1.0
247	6	C	G1082	Proceduri pentru hernie abdominală și alte hernii vârsta 1 la 59 fără CC catastrofale sau severe	0.5923	6.91	1.0
248	6	C	G1090	Proceduri pentru hernia inghinală și femurală vârsta > 0	0.5797	6.33	1.0
249	6	C	G1100	Proceduri pentru hernie vârsta < 1	0.5293	6.48	0.5
250	6	C	G1111	Proceduri anale și la nivelul stomei cu CC catastrofale sau severe	1.2097	7.34	1.0
251	6	C	G1112	Proceduri anale și la nivelul stomei fără CC catastrofale sau severe	0.4221	5.77	1.0
252	6	C	G1121	Alte proceduri în sala de operații la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofale sau severe	2.8479	11.07	1.0
253	6	C	G1122	Alte proceduri în sala de operații la nivelul sistemului digestiv fără CC catastrofale sau severe	0.8317	9.39	1.0
254	6	A	G2011	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0.9577	8.34	2.0
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	7.18	0.5
258	6	A	G2032	Alte colonoscopii fără CC catastrofale sau severe	0.6364	5.56	0.5
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	6.05	1.0

C.T.C.E. Piatra Neamț

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	10.32	1.0
263	6	A	G2052	Gastroscopie complexă fără CC catastrofale sau severe	0.838	6.01	0.5
264	6	A	G2053	Gastroscopie complexă, de zi	0.2394	-	-
265	6	M	G3011	Stare malignă digestivă cu CC catastrofale sau severe	0.9766	8.71	2.0
266	6	M	G3012	Stare malignă digestivă fără CC catastrofale sau severe	0.5041	9.21	2.0
267	6	M	G3021	Hemoragie gastrointestinală vârsta > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.4978	7.30	3.0
268	6	M	G3022	Hemoragie gastrointestinală vârsta < 65 fără CC catastrofale sau severe	0.2583	5.78	2.0
269	6	M	G3030	Ulcer peptic complicat	0.9199	8.11	3.0
270	6	M	G3040	Ulcer peptic necomplicat	0.2205	7.29	2.0
271	6	M	G3050	Boala inflamatorie a intestinului	0.5356	8.75	1.0
272	6	M	G3061	Ocluzie intestinală cu CC	0.9703	6.06	2.0
273	6	M	G3062	Ocluzie intestinală fără CC	0.4473	4.76	2.0
274	6	M	G3071	Durere abdominală sau adenita mezenterică cu CC	0.4725	3.82	1.0
275	6	M	G3072	Durere abdominală sau adenita mezenterică fără CC	0.2331	4.75	1.0
276	6	M	G3081	Esofagita, gastroenterita și diverse tulburări ale sistemului digestiv vârsta > 9 ani cu CC catastrofale/severe	0.8065	8.56	1.0
277	6	M	G3082	Esofagita, gastroenterita și diverse tulburări ale sistemului digestiv vârsta > 9 ani fără CC catastrofale/severe	0.2709	5.37	1.0
278	6	M	G3091	Gastroenterita vârsta < 10 ani cu CC	0.7498	4.27	1.0
279	6	M	G3092	Gastroenterita vârsta < 10 ani fără CC	0.3402	4.36	2.0
280	6	M	G3100	Esofagita și diverse tulburări ale sistemului digestiv vârsta < 10 ani	0.3717	4.91	1.0
281	6	M	G3111	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0.7813	6.97	1.0
282	6	M	G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fără CC	0.2394	6.02	1.0
283	7	C	H1011	Proceduri la nivel de pancreas, ficat și shunt cu CC catastrofale	5.5572	18.96	1.0
284	7	C	H1012	Proceduri la nivel de pancreas, ficat și shunt fără CC catastrofale	2.4825	13.60	1.0
285	7	C	H1021	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare malignă sau CC catastrofale	4.234	18.13	2.0
286	7	C	H1022	Proceduri majore ale tractului biliar fără stare malignă cu (CC moderate sau severe)	2.3753	16.55	2.0
287	7	C	H1023	Proceduri majore ale tractului biliar fără stare malignă fără CC	1.3294	16.02	1.0

288	7	C	H1031	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2.432	8.54	1.0
289	7	C	H1032	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fără CC catastrofale sau severe	1.0648	6.64	1.0
290	7	C	H1040	Alte proceduri în sala de operaţii hepatobiliare şi pancreatice	2.4825	13.26	1.0
291	7	C	H1051	Colecistectomie deschisă cu explorarea închisă a CBP sau cu CC catastrofale	3.478	12.07	1.0
292	7	C	H1052	Colecistectomie deschisă fără explorarea închisă a CBP fără CC catastrofale	1.5563	10.55	1.0
293	7	C	H1061	Colecistectomie laparoscopică cu explorarea închisă a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.7075	7.17	1.0
294	7	C	H1062	Colecistectomie laparoscopică fără explorarea închisă a CBP fără CC catastrofale sau severe	0.8443	5.45	1.0
295	7	A	H2010	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sângerânde	1.9469	9.29	1.0
296	7	A	H2021	Procedura terapeutică complexă pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu CC catastrofale sau severe	2.0099	-	-
297	7	A	H2022	Procedura terapeutică complexă pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică fără CC catastrofale sau severe	0.838	-	-
298	7	A	H2031	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu CC catastrofale sau severe	1.8083	13.07	0.5
299	7	A	H2032	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu CC moderate	1.0144	-	-
300	7	A	H2033	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică fără CC	0.586	6.35	0.5
301	7	M	H3011	Ciroza şi hepatita alcoolică cu CC catastrofale	1.9406	9.47	2.0
302	7	M	H3012	Ciroza şi hepatita alcoolică cu CC severe	0.9136	9.04	2.0
303	7	M	H3013	Ciroza şi hepatita alcoolică fără CC catastrofale sau severe	0.4347	7.49	2.0
304	7	M	H3021	Stare malignă a sistemului hepatobiliar şi pancreasului (vârsta > 69 cu CC catastrofale sau severe) sau cu CC catastrofale	1.3987	9.53	2.0
305	7	M	H3022	Stare malignă a sistemului hepatobiliar şi pancreasului (vârsta > 69 fără CC catastrofale sau severe) sau fără CC catastrofale	0.6301	10.61	1.0
306	7	M	H3031	Tulburări ale pancreasului, cu excepţia stării maligne cu CC catastrofale sau severe	1.4428	9.28	3.0
307	7	M	H3032	Tulburări ale pancreasului, cu excepţia stării maligne fără CC catastrofale sau severe	0.5797	8.19	3.0

308	7	M	H3041	Tulburări ale ficatului, cu excepţia stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1.4996	8.80	2.0
309	7	M	H3042	Tulburări ale ficatului, cu excepţia stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fără CC cat/sev	0.4095	7.56	1.0
310	7	M	H3051	Tulburări ale tractului biliar cu CC	0.8569	7.80	2.0
311	7	M	H3052	Tulburări ale tractului biliar fără CC	0.3465	5.80	1.0
312	8	C	I1010	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremităţilor inferioare	5.7966	29.65	1.0
313	8	C	I1021	Transfer de ţesut microvascular sau (grefă de piele cu CC catastrofale sau severe), cu excepţia mâinii	6.9181	17.08	1.0
314	8	C	I1022	Grefe pe piele fără CC catastrofale sau severe, cu excepţia mâinii	2.7534	11.97	0.5
315	8	C	I1031	Revizie a artroplastiei totale de şold cu CC catastrofale sau severe	6.1935	24.34	1.0
316	8	C	I1032	Înlocuire şold cu CC catastrofale sau severe sau revizie a artroplastiei totale de şold fără CC catastrofale sau severe	3.3834	14.47	1.0
317	8	C	I1033	Înlocuire şold fără CC catastrofale sau severe	2.7597	14.10	1.0
318	8	C	I1040	Înlocuire şi reataşare de genunchi	2.892	14.37	1.0
319	8	C	I1050	Alte proceduri majore de înlocuire a articulaţiilor şi reatalare a unui membru	2.6652	-	-
320	8	C	I1060	Artrodeza vertebrală cu diformitate	6.1683	19.60	1.0
321	8	C	I1070	Amputaţie	4.8767	23.81	1.0
322	8	C	I1081	Alte proceduri la nivelul şoldului şi al femurului cu CC catastrofale sau severe	3.1188	14.63	1.0
323	8	C	I1082	Alte proceduri la nivelul şoldului şi al femurului fără CC catastrofale sau severe	1.928	13.85	1.0
324	8	C	I1091	Artrodeza vertebrală cu CC catastrofale sau severe	5.6517	13.32	1.0
325	8	C	I1092	Artrodeza vertebrală fără CC catastrofale sau severe	3.0432	6.99	0.5
326	8	C	I1101	Alte proceduri la nivelul spatelui şi gâtului cu CC catastrofale sau severe	2.6967	12.98	0.5
327	8	C	I1102	Alte proceduri la nivelul spatelui şi gâtului fără CC catastrofale sau severe	1.3546	8.78	1.0
328	8	C	I1110	Proceduri de alungire a membrelor	2.0603	12.43	1.0
329	8	C	I1121	Infecţii/inflamaţii ale oaselor şi articulaţiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular şi ţesutului conjunctiv cu CC catastrofale	4.9334	16.15	1.0
330	8	C	I1122	Infecţii/inflamaţii ale oaselor şi articulaţiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular şi ţesutului conjunctiv cu CC severe	2.6274	12.95	1.0
331	8	C	I1123	Infecţii/inflamaţii ale oaselor şi articulaţiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular şi ţesutului conjunctiv fără CC catastrofale sau severe	1.3546	10.82	1.0

332	8	C	I1131	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei şi gleznei cu CC catastrofale sau severe	2.9298	12.20	1.0
333	8	C	I1132	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei şi gleznei vârsta > 59 fără CC catastrofale sau severe	1.6004	11.29	0.5
334	8	C	I1133	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei şi gleznei vârsta < 60 fără CC catastrofale sau severe	1.2034	9.43	0.5
335	8	C	I1140	Revizie a bontului de amputaţie	1.487	15.83	1.0
336	8	C	I1150	Chirurgie cranio-facială	1.9343	12.13	2.0
337	8	C	I1160	Alte proceduri la nivelul umărului	0.8695	5.36	1.0
338	8	C	I1170	Chirurgie maxilo-facială	1.4113	11.41	1.0
339	8	C	I1180	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0.5167	4.95	0.5
340	8	C	I1190	Alte proceduri la nivelul cotului şi antebraţului	0.9829	6.66	0.5
341	8	C	I1200	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0.7939	7.45	0.5
342	8	C	I1210	Excizie locală şi îndepărtare a dispozitivelor interne de fixare a şoldului şi femurului	0.8506	7.00	0.5
343	8	C	I1220	Excizie locală şi îndepărtare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv şold şi femur	0.4221	4.69	0.5
344	8	C	I1230	Artroscopie	0.4536	3.21	0.5
345	8	C	I1240	Proceduri diagnostic ale oaselor şi a încheieturilor incluzând biopsia	1.8146	7.09	1.0
346	8	C	I1251	Proceduri la nivelul ţesuturilor moi cu CC catastrofale sau severe	2.1422	9.34	1.0
347	8	C	I1252	Proceduri la nivelul ţesuturilor moi fără CC catastrofale sau severe	0.6868	6.82	0.5
348	8	C	I1261	Alte proceduri la nivelul ţesutului conjunctiv cu CC	2.4699	6.69	0.5
349	8	C	I1262	Alte proceduri la nivelul ţesutului conjunctiv fără CC	0.7435	4.47	0.5
350	8	C	I1270	Reconstrucţie sau revizie a genunchiului	1.0711	4.27	1.0
351	8	C	I1280	Proceduri la nivelul mâinii	0.5545	5.04	0.5
352	8	M	I3010	Fracturi ale diafizei femurale	1.7579	7.39	0.5
353	8	M	I3020	Fracturi ale extremităţii distale femurale	1.3483	9.64	1.0
354	8	M	I3030	Entorse, luxaţii şi dislocări ale şoldului, pelvisului şi coapsei	0.5356	6.99	0.5
355	8	M	I3041	Osteomielita cu CC	2.0162	27.00	1.5
356	8	M	I3042	Osteomielita fără CC	0.712	-	-
357	8	M	I3051	Stare malignă a ţesutului conjunctiv, incluzând fractura patologică cu CC catastrofale sau severe	1.3609	12.38	1.0
358	8	M	I3052	Stare malignă a ţesutului conjunctiv, incluzând fractura patologică tologică fără CC catastrofale sau severe	0.5671	7.84	0.5

359	8	M	I3061	Tulburări inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofale sau severe	2.2178	13.58	1.0
360	8	M	I3062	Tulburări inflamatorii musculoscheletale fără CC catastrofale sau severe	0.4221	14.41	1.0
361	8	M	I3071	Artrita septică cu CC catastrofale sau severe	2.3564	-	-
362	8	M	I3072	Artrita septică fără CC catastrofale sau severe	0.7939	-	-
363	8	M	I3081	Tulburări nechirurgicale ale coloanei cu CC	1.3294	9.36	2.0
364	8	M	I3082	Tulburări nechirurgicale ale coloanei fără CC	0.6049	5.38	0.5
365	8	M	I3083	Tulburări nechirurgicale ale coloanei, de zi	0.189	-	-
366	8	M	I3091	Boli ale oaselor și atropatii specifice vârsta > 74 cu CC catastrofale sau severe	1.5626	-	-
367	8	M	I3092	Boli ale oaselor și atropatii specifice vârsta > 74 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.5923	10.33	1.0
368	8	M	I3093	Boli ale oaselor și atropatii specifice vârsta < 75 fără CC catastrofale sau severe	0.2898	10.72	1.0
369	8	M	I3100	Artropatii nespecifice	0.5482	-	-
370	8	M	I3111	Alte tulburări musculotendinoase vârsta > 69 cu CC	0.8695	-	-
371	8	M	I3112	Alte tulburări musculotendinoase vârsta > 69 sau cu CC	0.4032	-	-
372	8	M	I3113	Alte tulburări musculotendinoase vârsta < 70 fără CC	0.2646	-	-
373	8	M	I3121	Tulburări musculotendinoase specifice vârsta > 79 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.2034	12.67	0.5
374	8	M	I3122	Tulburări musculotendinoase specifice vârsta < 80 fără CC catastrofale sau severe	0.3339	5.06	0.5
375	8	M	I3131	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale vârsta > 59 cu CC catastrofale sau severe	1.7768	-	-
376	8	M	I3132	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale vârsta > 59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6427	9.52	1.0
377	8	M	I3133	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale vârsta < 60 fără CC catastrofale sau severe	0.3465	4.42	0.5
378	8	M	I3141	Leziuni ale antebrațului, pumnului, mâinii sau piciorului vârsta > 74 cu CC	1.1026	-	-
379	8	M	I3142	Leziuni ale antebrațului, pumnului, mâinii sau piciorului vârsta > 74 sau cu CC	0.4284	3.38	0.5
380	8	M	I3143	Leziuni ale antebrațului, pumnului, mâinii sau piciorului vârsta < 75 fără CC	0.2835	2.38	0.5

381	8	M	I3151	Leziuni ale umărului, brațului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, vârsta > 64 cu CC	1.3861	4.95	0.5
382	8	M	I3152	Leziuni ale umărului, brațului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei vârsta > 64 sau cu CC	0.586	4.66	0.5
383	8	M	I3153	Leziuni ale umărului, brațului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, vârsta < 65 fără CC	0.2961	3.82	0.5
384	8	M	I3161	Alte tulburări musculoscheletale vârsta > 69 cu CC	1.1467	9.92	1.0
385	8	M	I3162	Alte tulburări musculoscheletale vârsta > 69 sau cu CC	0.4788	6.95	1.0
386	8	M	I3163	Alte tulburări musculoscheletale vârsta < 70 fără CC	0.2583	6.15	0.5
387	8	M	I3171	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofale sau severe	2.0477	16.25	2.0
388	8	M	I3172	Fracturi ale pelvisului fără CC catastrofale sau severe	0.9262	11.12	1.0
389	8	M	I3181	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofale sau severe	1.2979	10.65	2.0
390	8	M	I3182	Fracturi ale colului femural fără CC catastrofale sau severe	0.4284	12.49	1.0
391	9	C	J1010	Transfer de țesut microvasular pentru piele, țesut subcutanat și tulburări ale sânului	4.8137	9.56	0.5
392	9	C	J1021	Proceduri majore pentru afecțiuni maligne ale sânului	1.2097	10.64	1.0
393	9	C	J1022	Proceduri majore pentru afecțiuni nemaligne ale sânului	0.9829	5.42	0.5
394	9	C	J1031	Proceduri minore pentru afecțiuni maligne ale sânului	0.5482	5.56	0.5
395	9	C	J1032	Proceduri minore pentru afecțiuni nemaligne ale sânului	0.378	4.64	0.5
396	9	C	J1041	Altă grefă a pielii și/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2.0918	11.52	1.0
397	9	C	J1042	Altă grefă a pielii și/sau proceduri de debridare fără CC catastrofale sau severe	0.6112	6.94	1.0
398	9	C	J1050	Proceduri perianale și pilonidale	0.4978	5.11	0.5
399	9	C	J1060	Proceduri în sala de operații ale pielii, țesutului subcutanat și chirurgie plastică la nivelul sânului	0.4473	8.27	0.5
400	9	C	J1070	Alte proceduri ale pielii, țesutului subcutanat și sânului	0.2709	6.65	0.5
401	9	C	J1081	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulită cu CC catastrofale	4.7444	20.04	1.0
402	9	C	J1082	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulită fără CC catastrofale cu grefă de piele/lambou de reparare	2.6148	18.78	1.0
403	9	C	J1083	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulită fără CC catastrofale fără grefă de piele/lambou de reparare	1.7768	11.67	0.5

404	9	C	J1091	Proceduri ale membrele inferioare fără ulcer/celulită cu grefă de piele (CC catastrofale sau severe)	2.4194	-	-
405	9	C	J1092	Proceduri ale membrele inferioare fără ulcer/celulită fără grefă de piele şi (CC catastrofale sau severe)	0.8947	8.47	0.5
406	9	C	J1100	Reconstrucţii majore ale sânului	3.5347	-	-
407	9	M	J3011	Ulceraţii ale pielii	1.4491	15.40	3.0
408	9	M	J3012	Ulceraţie ale pielii, de zi	0.126	-	-
409	9	M	J3021	Tulburări maligne ale sânului (vârsta > 69 cu CC) sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6742	9.21	1.0
410	9	M	J3022	Tulburări maligne ale sânului (vârsta > 69 fără CC) sau fără (CC catastrofale sau severe)	0.2394	6.20	1.0
411	9	M	J3030	Tulburări nemaligne ale sânului	0.2772	4.37	0.5
412	9	M	J3041	Celulita vârsta > 59 cu CC catastrofale sau severe	1.342	11.41	1.0
413	9	M	J3042	Celulita (vârsta > 59 fără CC catastrofale sau severe) sau vârsta < 60	0.5608	7.01	1.0
414	9	M	J3051	Traumă a pielii, ţesutului subcutanat şi sânului vârsta > 69	0.5545	7.61	2.0
415	9	M	J3052	Traumă a pielii, ţesutului subcutanat şi sânului vârsta < 70	0.2709	5.43	1.0
416	9	M	J3061	Tulburări minore ale pielii	0.5923	4.66	0.5
417	9	M	J3062	Tulburări minore ale pielii, de zi	0.1575	-	-
418	9	M	J3071	Tulburări majore ale pielii	0.9199	6.50	1.0
419	9	M	J3072	Tulburări majore ale pielii, de zi	0.0882	-	-
420	10	C	K1010	Proceduri ale piciorului diabetic	3.7867	19.44	1.0
421	10	C	K1020	Proceduri la nivel de hipofiză	2.7849	8.94	1.0
422	10	C	K1030	Proceduri la nivelul suprarenalelor	2.6085	12.43	1.0
423	10	C	K1040	Proceduri majore pentru obezitate	1.5689	5.99	1.0
424	10	C	K1050	Proceduri la nivelul paratiroidelor	1.2664	5.68	0.5
425	10	C	K1060	Proceduri la nivelul tiroidei	1.1152	6.49	1.0
426	10	C	K1070	Proceduri privind obezitatea	1.3357	-	-
427	10	C	K1080	Proceduri privind tiroglosul	0.6616	5.38	1.0
428	10	C	K1090	Alte proceduri în sala de operaţii la nivel endocrin, nutriţional şi metabolic	2.7849	10.16	1.0
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	7.97	3.0
431	10	M	K3012	Diabet fără CC catastrofale sau severe	0.5734	7.08	1.0
432	10	M	K3020	Perturbare nutriţională severă	2.306	11.87	1.0
433	10	M	K3031	Diverse tulburări metabolice cu CC catastrofale	1.5185	8.32	1.0

434	10	M	K3032	Diverse tulburări metabolice vârsta > 74 sau cu CC severe	0.7246	5.57	1.0
435	10	M	K3033	Diverse tulburări metabolice vârsta < 75 fără CC catastrofale sau severe	0.3843	4.02	1.0
436	10	M	K3040	Erori înnăscute de metabolism	0.4158	-	-
437	10	M	K3051	Tulburări endocrine cu CC catastrofale sau severe	1.4239	7.49	1.0
438	10	M	K3052	Tulburări endocrine fără CC catastrofale sau severe	0.4851	5.75	1.0
439	11	C	L1011	Inserţie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializă cu CC catastrofale sau severe	4.0576	26.15	1.0
440	11	C	L1012	Inserţie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializă fără CC catastrofale sau severe	1.1971	-	-
441	11	C	L1021	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, şi vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofale sau severe	4.1332	16.65	2.0
442	11	C	L1022	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, şi vezicii urinare pentru tumori fără CC catastrofale sau severe	2.7345	12.77	2.0
443	11	C	L1031	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, şi vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofale	3.6229	12.80	1.0
444	11	C	L1032	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, şi vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC severe sau moderate	1.8461	10.40	1.0
445	11	C	L1033	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, şi vezicii urinare pentru tumori benigne fără CC	1.279	9.99	1.0
446	11	C	L1041	Prostatectomie transuretrală cu CC catastrofale sau severe	2.2241	9.53	0.5
447	11	C	L1042	Prostatectomie transuretrală fără CC catastrofale sau severe	0.8821	9.72	1.0
448	11	C	L1051	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofale sau severe	1.9847	10.50	1.0
449	11	C	L1052	Proceduri minore ale vezicii urinare fără CC catastrofale sau severe	0.6364	7.32	1.0
450	11	C	L1061	Proceduri transuretrale cu excepţia prostatectomiei cu CC catastrofale sau severe	1.279	7.10	1.0
451	11	C	L1062	Proceduri transuretrale cu excepţia prostatectomiei fără CC catastrofale sau severe	0.523	5.49	1.0
452	11	C	L1071	Proceduri ale uretrei cu CC	0.8569	7.32	1.0
453	11	C	L1072	Proceduri ale uretrei fără CC	0.5419	5.46	0.5
454	11	C	L1081	Alte proceduri pentru tulburări ale rinichiului şi tractului urinar cu CC catastrofal	4.946	14.53	1.0
455	11	C	L1082	Alte proceduri pentru tulburări ale rinichiului şi tractului urinar cu CC severe	2.1233	7.37	1.0
456	11	C	L1083	Alte proceduri pentru tulburări ale			

					rinichiului şi tractului urinar fără CC			
					catastrofale sau severe	1.0459	7.60	1.0
457	11	A	L2010	Ureteroscopie		0.6238	5.35	0.5
458	11	A	L2020	Cistouretroscopie, de zi		0.2016	-	-
459	11	A	L2030	Litotripsie extracorporeală pentru litiaza				
				urinară		0.3969	2.37	0.5
460	11	M	L3011	Insuficienţa renală cu CC catastrofale		2.2556	11.61	2.0
461	11	M	L3012	Insuficienţa renală cu CC severe		1.216	10.27	1.0
462	11	M	L3013	Insuficienţa renală fără CC catastrofale				
				sau severe		0.6364	9.14	1.0
463	11	M	L3020	Internare pentru dializă renală		0.0945	-	-
464	11	M	L3031	Tumori ale rinichiului şi tractului urinar				
				cu CC catastrofale sau severe		1.2601	8.66	1.0
465	11	M	L3032	Tumori ale rinichiului şi tractului urinar				
				fără CC catastrofale sau severe		0.6112	4.69	1.0
466	11	M	L3041	Infecţii ale rinichiului şi tractului				
				urinar cu CC catastrofale		1.6445	8.90	3.0
467	11	M	L3042	Infecţii ale rinichiului şi tractului				
				urinar vârsta > 69 sau cu CC severe		0.7435	10.40	1.0
468	11	M	L3043	Infecţii ale rinichiului şi tractului				
				urinar vârsta < 70 fără CC catastrofale				
				sau severe		0.4284	6.02	1.0
469	11	M	L3050	Pietre şi obstrucţie urinară		0.3276	5.18	1.0
470	11	M	L3061	Semne şi simptome ale rinichiului şi				
				tractului urinar cu CC catastrofale sau				
				severe		0.9262	7.20	1.0
471	11	M	L3062	Semne şi simptome ale rinichiului şi				
				tractului urinar fără CC catastrofale sau				
				severe		0.3339	6.51	1.0
472	11	M	L3070	Strictura uretrală		0.3528	8.24	0.8
473	11	M	L3081	Alte diagnostice la nivelul rinichiului				
				şi tractului urinar cu CC catastrofale		2.0603	11.30	3.0
474	11	M	L3082	Alte diagnostice la nivelul rinichiului şi				
				tractului urinar cu CC severe		0.8947	8.51	1.0
475	11	M	L3083	Alte diagnostice la nivelul rinichiului şi				
				tractului urinar fără CC catastrofale sau				
				severe		0.3087	6.24	1.0
476	12	C	M1010	Proceduri majore pelvine la bărbat		2.7723	15.92	2.0
477	12	C	M1021	Prostatectomie transuretrală cu CC				
				catastrofale sau severe		1.6823	9.88	1.0
478	12	C	M1022	Prostatectomie transuretrală fără CC				
				catastrofale sau severe		0.8695	8.19	1.0
479	12	C	M1031	Proceduri la nivelul penisului cu CC		1.0963	5.03	0.5
480	12	C	M1032	Proceduri la nivelul penisului fără CC		0.5734	4.85	0.5
481	12	C	M1041	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC		1.0711	6.10	1.0
482	12	C	M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fără CC		0.441	4.15	0.5
483	12	C	M1050	Circumcizie		0.3213	3.20	0.5

484	12	C	M1061	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea malignă	1.9217	7.37	0.5
485	12	C	M1062	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptând cele pentru starea malignă	0.6049	9.20	1.0
486	12	A	M2010	Cistouretroscopie fără CC, de zi	0.189	-	-
487	12	M	M3011	Stare malignă a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofale sau severe	1.0081	7.04	1.0
488	12	M	M3012	Stare malignă a sistemului reproductiv masculin fără CC catastrofale sau severe	0.3465	6.24	1.0
489	12	M	M3021	Hipertrofie prostatică benignă cu CC catastrofale sau severe	1.0837	8.08	1.0
490	12	M	M3022	Hipertrofie prostatică benignă fără CC catastrofale sau severe	0.2835	6.74	1.0
491	12	M	M3031	Inflamaţii ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0.7687	4.15	0.5
492	12	M	M3032	Inflamaţii ale sistemului reproductiv masculin fără CC	0.3402	2.88	0.5
493	12	M	M3040	Sterilizare, bărbaţi	0.2646	-	-
494	12	M	M3050	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0.252	5.12	0.5
495	13	C	N1010	Eviscerare a pelvisului şi vulvectomie radicală	3.3456	11.57	1.0
496	13	C	N1021	Proceduri uterine şi ale anexelor pentru stare malignă ovariană sau a anexelor cu CC	3.0243	9.52	1.0
497	13	C	N1022	Proceduri uterine şi ale anexelor pentru stare malignă ovariană sau a anexelor fără CC	1.6949	6.54	1.0
498	13	C	N1031	Proceduri uterine şi ale anexelor pentru stare malignă non-ovariană sau a anexelor cu CC	2.5833	9.10	1.0
499	13	C	N1032	Proceduri uterine şi ale anexelor pentru stare malignă non-ovariană sau a anexelor fără CC	1.5878	6.73	1.0
500	13	C	N1040	Histerectomie pentru stare nemalignă	1.1719	8.51	1.0
501	13	C	N1051	Ovariectomie şi proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofale sau severe	1.9784	8.84	1.0
502	13	C	N1052	Ovariectomie şi proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fără CC catastrofale sau severe	0.9955	6.54	1.0
503	13	C	N1060	Proceduri de reconstrucţie ale sistemului reproductiv feminin	0.9514	7.02	1.0
504	13	C	N1070	Alte proceduri la nivel uterin şi anexe pentru stare nemalignă	0.5104	4.64	1.0
505	13	C	N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0.4536	3.70	1.0
506	13	C	N1090	Conizaţie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin şi vulvei	0.3087	3.85	1.0
507	13	C	N1100	Curetaj diagnostic şi histeroscopie			

					diagnostică	0.2898	2.35	0.5
508	13	C	N1111	Alte proceduri în sala de operaţii ale sistemului reproductiv feminin vârsta > 64 cu stare malignă sau cu CC		2.8668	9.69	1.0
509	13	C	N1112	Alte proceduri în sala de operaţii ale sistemului reproductiv feminin vârsta < 65 fără neoplasm fără CC		0.3717	5.55	1.0
510	13	A	N2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru afecţiuni ale sistemul reproductiv feminin		0.189	-	-
511	13	M	N3011	Stare malignă a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofale sau severe		1.0963	9.03	2.0
512	13	M	N3012	Stare malignă a sistemului reproductiv feminin fără CC catastrofale sau severe		0.5797	7.55	1.0
513	13	M	N3020	Infecţii, sistem reproductiv feminin		0.3969	5.75	1.0
514	13	M	N3031	Tulburări menstruale şi alte tulburări ale sistemului genital feminin cu CC		0.4347	5.77	1.0
515	13	M	N3032	Tulburări menstruale şi alte tulburări ale sistemului genital feminin fără CC		0.1827	5.42	1.0
516	14	C	O1011	Naştere prin cezariană cu CC catastrofale		2.3123	6.45	1.0
517	14	C	O1012	Naştere prin cezariană cu CC severe		1.5752	6.36	1.0
518	14	C	O1013	Naştere prin cezariană fără CC catastrofale sau severe		1.2223	5.40	1.0
519	14	C	O1021	Naştere vaginală cu proceduri în sala de operaţii cu CC catastrofale sau severe		1.2412	5.50	0.5
520	14	C	O1022	Naştere vaginală cu proceduri în sala de operaţii fără CC catastrofale sau severe		0.9388	5.90	1.0
521	14	C	O1030	Sarcina ectopică		0.8128	5.53	1.0
522	14	C	O1040	Postpartum şi post avort cu proceduri în sala de operaţii		0.586	4.51	0.5
523	14	C	O1050	Avort cu proceduri în sala de operaţii		0.2835	3.15	0.5
524	14	A	O2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru sarcină, naştere sau lăuzie		0.189	-	-
525	14	M	O3011	Naştere vaginală cu CC catastrofale sau severe		1.027	5.67	0.5
526	14	M	O3012	Naştere vaginală fără CC catastrofale sau severe		0.7309	6.06	1.0
527	14	M	O3013	Naştere vaginală singulară fără complicaţii fără alte afecţiuni		0.6238	5.45	0.5
528	14	M	O3020	Postpartum şi post avort cu proceduri în sala de operaţii		0.3402	7.84	1.0
529	14	M	O3030	Avort fără proceduri în sala de operaţii		0.2394	-	-
530	14	M	O3041	Travaliu fals înainte de 37 săptămâni sau cu CC catastrofale		0.3276	4.33	1.0
531	14	M	O3042	Travaliu fals după 37 săptămâni fără CC catastrofale		0.1449	-	-
532	14	M	O3051	Internare prenatală şi pentru alte probleme obstetrice		0.3654	5.26	1.0
533	14	M	O3052	Internare prenatală şi pentru alte probleme obstetrice, de zi		0.0945	-	-

534	15	C	P1010	Nou-născut externat ca deces sau transfer, la interval < 5 zile de internare, cu proceduri semnificative în sala de operaţii	0.7561	2.00	1.0
535	15	C	P1020	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru nou-născuţi	15.7327	-	-
536	15	C	P1030	Nou-născut, greutate la internare 1000-1499 g cu procedură semnificativă în sala de operaţii	12.4375	34.58	18.5
537	15	C	P1040	Nou-născut, greutate la internare 1500-1999 g cu procedură semnificativă în sala de operaţii	9.9109	35.56	12.0
538	15	C	P1050	Nou-născut, greutate la internare 2000-2499 g cu procedură semnificativă în sala de operaţii	6.414	34.63	13.5
539	15	C	P1061	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g cu procedură semnificativă în sala de operaţii, cu probleme multiple majore	10.1629	29.84	9.0
540	15	C	P1062	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g cu procedură semnificativă în sala de operaţii, fără probleme multiple majore	3.27	16.24	7.0
541	15	M	P3011	Nou-născut externat ca deces sau transfer, la interval < 5 zile de internare, fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu diagnostic neonatal	0.2709	1.61	1.0
542	15	M	P3012	Nou-născut sau sugar subponderal, externat ca deces sau transfer, la interval < 5 zile de la internare, fără procedură semnificativă în sala de operaţii, fără diagnostic neonatal	0.4536	1.75	1.0
543	15	M	P3020	Nou-născut, greutate la internare < 750 g	22.6886	24.35	15.0
544	15	M	P3030	Nou-născut, greutate la internare 750-999 g	15.7579	34.72	16.0
545	15	M	P3040	Nou-născut, greutate la internare 1000-1249 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii	6.0801	27.14	13.0
546	15	M	P3050	Nou-născut, greutate la internare 1250-1499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii	4.5113	33.01	10.0
547	15	M	P3061	Nou-născut, greutate la internare 1500-1999 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu probleme multiple majore	4.6751	20.29	10.0
548	15	M	P3062	Nou-născut, greutate la internare 1500-1999 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu probleme majore	3.1944	19.63	7.0
549	15	M	P3063	Nou-născut, greutate la internare 1500-1999 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu alte probleme	2.3312	13.80	5.0
550	15	M	P3064	Nou-născut, greutate la internare 1500-1999 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, fără probleme	2.1296	-	-
551	15	M	P3071	Nou-născut, greutate la internare 2000-2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu probleme multiple majore	2.5581	21.68	7.0

552	15	M	P3072	Nou-născut, greutate la internare 2000-2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu probleme majore	2.0918	14.07	5.0
553	15	M	P3073	Nou-născut, greutate la internare 2000-2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu alte probleme	1.4176	10.24	3.0
554	15	M	P3074	Nou-născut, greutate la internare 2000-2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, fără probleme	0.6301	-	-
555	15	M	P3081	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu probleme multiple majore	2.2934	16.42	6.0
556	15	M	P3082	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu probleme majore	1.3042	8.68	3.0
557	15	M	P3083	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, cu alte probleme	0.7309	6.10	2.0
558	15	M	P3084	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operaţii, fără probleme	0.315	4.63	1.0
559	16	C	Q1010	Splenectomie	2.3753	12.28	1.0
560	16	C	Q1021	Alte proceduri în sala de operaţii ale sângelui şi organelor hematopoietice cu CC catastrofale sau severe	3.3582	8.42	1.0
561	16	C	Q1022	Alte proceduri în sala de operaţii ale sângelui şi organelor hematopoietice fără CC catastrofale sau severe	0.6175	5.99	1.0
562	16	M	Q3011	Tulburări reticuloendoteliale şi de imunitate cu CC catastrofale sau severe	1.5563	7.91	2.0
563	16	M	Q3012	Tulburări reticuloendoteliale şi de imunitate fără CC catastrofale sau severe cu stare malignă	0.712	-	-
564	16	M	Q3013	Tulburări reticuloendoteliale şi de imunitate fără CC catastrofale sau severe fără stare malignă	0.2331	6.67	1.0
565	16	M	Q3021	Tulburări ale globulelor roşii cu CC catastrofale	1.3168	8.56	1.0
566	16	M	Q3022	Tulburări ale globulelor roşii cu CC sever	0.649	7.61	2.0
567	16	M	Q3023	Tulburări ale globulelor roşii fără CC catastrofale sau severe	0.2268	6.91	2.0
568	16	M	Q3030	Anomalii de coagulare	0.3969	13.76	1.0
569	17	C	R1011	Limfom şi leucemie cu proceduri majore în sala de operaţii, cu CC catastrofale sau severe	6.3195	14.45	1.0
570	17	C	R1012	Limfom şi leucemie cu proceduri majore în sala de operaţii, fără CC catastrofale sau severe	2.0162	9.61	1.0
571	17	C	R1021	Alte tulburări neoplazice cu proceduri majore în sala de operaţii, cu CC catastrofale sau severe	3.396	13.24	1.0
572	17	C	R1022	Alte tulburări neoplazice cu proceduri majore în sala de operaţii, fără CC catastrofale sau severe	1.8398	9.84	1.0

573	17	C	R1031	Limfom şi leucemie cu alte proceduri în sala de operaţii cu CC catastrofale sau severe	4.8767	8.78	0.5
574	17	C	R1032	Limfom şi leucemie cu alte proceduri în sala de operaţii fără CC catastrofale sau severe	0.9892	5.71	0.5
575	17	C	R1041	Alte tulburări neoplazice cu alte proceduri în sala de operaţii cu CC catastrofale sau severe	1.5248	9.81	0.5
576	17	C	R1042	Alte tulburări neoplazice cu alte proceduri în sala de operaţii fără CC catastrofale sau severe	0.712	6.14	1.0
577	17	M	R3011	Leucemie acută cu CC catastrofale	5.387	23.95	1.0
578	17	M	R3012	Leucemie acută cu CC severe	1.0648	8.95	1.0
579	17	M	R3013	Leucemie acută fără CC catastrofale sau severe	0.6112	-	-
580	17	M	R3021	Limfom şi leucemie non-acută cu CC catastrofale	3.0936	12.64	1.0
581	17	M	R3022	Limfom şi leucemie non-acută fără CC catastrofale	1.0207	10.58	1.0
582	17	M	R3023	Limfom şi leucemie non-acută, de zi	0.1323	-	-
583	17	M	R3031	Alte tulburări neoplazice cu CC	1.1656	9.06	1.0
584	17	M	R3032	Alte tulburări neoplazice fără CC	0.4914	4.84	1.0
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	20.71	1.0
589	18	M	S3022	Boli conexe HIV cu CC severe	2.432	11.33	0.8
590	18	M	S3023	Boli conexe HIV fără CC catastrofale sau severe	1.5941	-	-
591	18	C	T1011	Proceduri în sala de operaţii pentru boli infecţioase şi parazitare cu CC catastrofale	5.6769	15.44	1.0
592	18	C	T1012	Proceduri în sala de operaţii pentru boli infecţioase şi parazitare cu CC severe sau moderate	2.4888	9.48	1.0
593	18	C	T1013	Proceduri în sala de operaţii pentru boli infecţioase şi parazitare fără CC	1.3231	6.06	0.5
594	18	M	T3011	Septicemie cu CC catastrofale sau severe	1.7327	11.16	2.0
595	18	M	T3012	Septicemie fără CC catastrofale sau severe	0.8254	8.23	2.0
596	18	M	T3021	Infecţii postoperatorii şi posttraumatice vârsta > 54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.9514	15.52	1.0
597	18	M	T3022	Infecţii postoperatorii şi posttraumatice vârsta < 55 fără CC catastrofale sau severe	0.5545	-	-
598	18	M	T3031	Febra de origine necunoscută cu CC	0.8443	7.67	2.0
599	18	M	T3032	Febra de origine necunoscută fără CC	0.3969	-	-

600	18	M	T3041	Boala virală vârsta > 59 sau cu CC	0.5734	6.78	3.0
601	18	M	T3042	Boala virală vârsta < 60 fără CC	0.3087	-	-
602	18	M	T3051	Alte boli infecţioase sau parazitare cu CC catastrofale sau severe	1.8146	8.68	3.0
603	18	M	T3052	Alte boli infecţioase sau parazitare fără CC catastrofale sau severe	0.5608	4.81	2.0
604	19	A	U2010	Tratament al sănătăţii mentale, de zi, cu terapie electroconvulsivă (ECT)	0.1197	-	-
605	19	M	U3010	Tratament al sănătăţii mentale, de zi, fără terapie electroconvulsivă (ECT)	0.1134	-	-
606	19	M	U3021	Tulburări schizofrenice cu statut legal al sănătăţii mentale	2.3942	-	-
607	19	M	U3022	Tulburări schizofrenice fără statut legal al sănătăţii mentale	1.3168	13.71	1.0
608	19	M	U3031	Paranoia şi tulburare psihică acută cu CC catastrofale/sever sau cu statut legal al sănătăţii mentale	1.928	-	-
609	19	M	U3032	Paranoia şi tulburare psihică acută fără CC catastrofale/sever fără statut legal al sănătăţii mentale	0.9325	11.85	1.0
610	19	M	U3041	Tulburări afective majore vârsta > 69 sau cu (CC catastrofale sau severe)	2.2367	14.11	1.0
611	19	M	U3042	Tulburări afective majore vârsta < 70 fără CC catastrofale sau severe	1.4996	8.54	1.0
612	19	M	U3050	Alte tulburări afective şi somatoforme	0.8695	3.88	1.0
613	19	M	U3060	Tulburări de anxietate	0.6553	5.09	1.0
614	19	M	U3070	Supralimentaţie şi tulburări obsesiv-compulsive	3.3204	7.70	1.0
615	19	M	U3080	Tulburări de personalitate şi reacţii acute	0.8002	5.19	1.0
616	19	M	U3090	Tulburări mentale în copilărie	1.6634	6.58	1.0
617	20	M	V3011	Intoxicaţie cu alcool şi sevraj cu CC	0.5545	5.17	1.0
618	20	M	V3012	Intoxicaţie cu alcool şi sevraj fără CC	0.2457	4.47	1.0
619	20	M	V3020	Intoxicaţii medicamentoase şi sevraj	0.7309	-	-
620	20	M	V3031	Tulburare şi dependenţă datorită consumului de alcool	0.6805	8.68	1.0
621	20	M	V3032	Tulburare şi dependenţă datorită consumului de alcool, de zi	0.0882	-	-
622	20	M	V3041	Tulburare şi dependenţă datorită consumului de opiacee	0.3843	-	-
623	20	M	V3042	Tulburare şi dependenţă datorită consumului de opiacee, pacient plecat împotriva avizului medical	0.3591	-	-
624	20	M	V3050	Alte tulburări şi dependenţe datorită consumului de droguri	0.3843	-	-
625	21	C	W1010	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traumatisme multiple semnificative	15.2538	28.32	7.0
626	21	C	W1020	Proceduri la şold, femur şi membru pentru			

				traumatisme multiple semnificative,			
				inclusiv implant	5.9478	21.37	1.5
627	21	C	W1030	Proceduri abdominale pentru traumatisme			
				multiple semnificative	4.5617	15.02	2.0
628	21	C	W1040	Alte proceduri în sala de operaţii pentru			
				traumatisme multiple semnificative	5.0405	18.99	2.0
629	21	M	W3010	Traumatisme multiple, decedat sau			
				transferat la altă unitate de îngrijiri			
				acute, LOS < 5 zile	0.9766	1.64	1.0
630	21	M	W3020	Traumatisme multiple fără proceduri			
				semnificative	2.0036	11.22	2.0
631	21	C	X1010	Transfer de ţesut microvascular sau grefă			
				de piele pentru leziuni ale mâinii	0.838	8.55	0.5
632	21	C	X1021	Alte proceduri pentru leziuni ale			
				membrului inferior vârsta > 59 sau cu CC	1.8272	16.27	1.0
633	21	C	X1022	Alte proceduri pentru leziuni ale			
				membrului inferior vârsta < 60 fără CC	0.7624	9.78	0.5
634	21	C	X1030	Alte proceduri pentru leziuni ale mâinii	0.5545	5.70	0.5
635	21	C	X1041	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC			
				catastrofale sau severe	2.1611	11.03	1.0
636	21	C	X1042	Alte proceduri pentru alte leziuni fără CC			
				catastrofale sau severe	0.6553	7.73	1.0
637	21	C	X1051	Grefe de piele pentru leziuni ale			
				extremităţilor mâinii cu transfer de ţesut			
				microvascular sau cu (CC catastrofale sau			
				severe)	3.5158	23.61	0.5
638	21	C	X1052	Grefe de piele pentru leziuni ale			
				extremităţilor mâinii cu transfer de ţesut			
				microvascular fără CC catastrofale sau			
				severe	1.5437	14.03	0.5
639	21	M	X3011	Leziuni vârsta > 64 cu CC	0.8506	7.49	1.0
640	21	M	X3012	Leziuni vârsta > 64 fără CC	0.2772	7.30	1.0
641	21	M	X3013	Leziuni vârsta < 65	0.2268	5.01	0.5
642	21	M	X3020	Reacţii alergice	0.2457	2.76	1.0
643	21	M	X3031	Otrăvire/efecte toxice ale medicamentelor			
				şi ale altor substanţe vârsta > 59 sau cu			
				CC	0.586	4.02	1.0
644	21	M	X3032	Otrăvire/efecte toxice ale medicamentelor			
				şi ale altor substanţe vârsta < 60 fără			
				CC	0.2457	2.47	1.0
645	21	M	X3041	Sechele ale tratamentului cu CC			
				catastrofale sau severe	0.9577	11.20	1.0
646	21	M	X3042	Sechele ale tratamentului fără CC			
				catastrofale sau severe	0.3906	7.57	1.0
647	21	M	X3051	Altă leziune, otrăvire şi diagnostic			
				privind efectele toxice vârsta > 59 sau			
				cu CC	0.649	6.67	1.0
648	21	M	X3052	Altă leziune, otrăvire şi diagnostic			
				privind efectele toxice vârsta < 60			
				fără CC	0.2268	3.84	1.0
649	22	C	Y1010	Arsuri grave, cu adâncime completă	28.8695	29.16	4.0

650	22	C	Y1021	Alte arsuri cu grefă de piele vârsta > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	5.9163	29.81	0.5
651	22	C	Y1022	Alte arsuri cu grefă de piele vârsta < 65 fără (CC catastrofale sau severe) fără proceduri complicate	1.9469	23.35	0.5
652	22	C	Y1030	Alte proceduri în sala de operaţii pentru alte arsuri	1.1971	17.31	0.5
653	22	M	Y2011	Alte arsuri vârsta > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	1.5311	11.92	2.0
654	22	M	Y2012	Alte arsuri vârsta < 65 fără (CC catastrofale sau severe) fără proceduri complicate	0.4347	7.67	1.0
655	22	M	Y3010	Arsuri, pacienţi transferaţi către alte unităţi de îngrijiri acute < 5 zile	0.252	1.19	0.5
656	22	M	Y3020	Arsuri grave	0.9325	12.99	2.0
657	23	C	Z1011	Proceduri în sala de operaţii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sănătate cu CC catastrofale/sever	1.0585	15.28	1.0
658	23	C	Z1012	Proceduri în sala de operaţii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sănătate fără CC catastrofale/sever	0.4536	11.66	1.0
659	23	A	Z2010	Monitorizare după tratament complet cu endoscopie	0.1701	-	-
660	23	M	Z3011	Reabilitare cu CC catastrofale sau severe	2.1989	7.79	2.0
661	23	M	Z3012	Reabilitare fără CC catastrofale sau severe	1.1341	3.79	1.0
662	23	M	Z3013	Reabilitare, de zi	0.1575	-	-
663	23	M	Z3020	Semne şi simptome	0.441	5.04	1.0
664	23	M	Z3030	Monitorizare fără endoscopie	0.189	-	-
665	23	M	Z3041	Alte post îngrijiri cu CC catastrofale sau severe	1.5122	-	-
666	23	M	Z3042	Alte post îngrijiri fără CC catastrofale sau severe	0.4914	-	-
667	23	M	Z3051	Alţi factori care influenţează starea de sănătate	0.5923	10.43	1.0
668	23	M	Z3052	Alţi factori care influenţează starea de sănătate, de zi	0.1323	-	-
669	23	M	Z3060	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0.441	-	-

NOTĂ:

1. "-" semnifică un număr insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului, sau, după caz, grupa de spitalizare de zi

2. DMS a fost calculată pe baza datelor raportate de spitale în perioada 01.01-31.12.2014.

3. Mediana duratei de spitalizare în secţiile ATI la nivel naţional, a fost calculată luând în considerare toate cazurile raportate şi validate în perioada 01.01-31.12.2014 pentru o anumită grupă de diagnostice, pentru care s-a înregistrat minim un transfer intraspitalicesc în secţia Anestezie şi terapie Intensivă - ATI.

4. M - categorie Medicală, C - categorie chirurgicală, A - Alte categorii

5. duratele de spitalizare au fost calculate numai pe baza cazurilor externate, validate şi raportate din secţiile ce furnizează îngrijiri de tip acut

Definirea termenilor utilizaţi în sistemul DRG

Grupe de Diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG): o schemă de clasificare a pacienţilor externaţi (în funcţie de diagnostic), care asigură o modalitate de a asocia tipurile de pacienţi cu cheltuielile spitaliceşti efectuate.

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

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

Coeficient atribuit în funcţie de cantitatea relativă de muncă, consumabile şi resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afecţiunea/afecţiunile respective.

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

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat)

Durata de spitalizare (DS): numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării şi cel al externării din spital

Cazuri ponderate (CP): pacienţi "virtuali" generaţi prin ajustarea cazurilor externate, în funcţie de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate şi pentru cazurile echivalente

Nr. CP = Σ (VRDRGi x CRDRGi)

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienţi trataţi într-un spital, în funcţie de diagnostic şi gravitate

Indicele de case mix (Indicele de complexitate a cazurilor): Număr (fără unitate) care exprimă resursele necesare spitalului în concordanţă cu pacienţii trataţi

ICM pentru spitalul A = Total nr. cazuri ponderate (CP)/Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A

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

- pentru un spital:

CCPs = bugetul aferent cazurilor acute/nr. total cazuri ponderate

- la nivel naţional:

CCPN = bugetele aferente cazurilor acute la nivel naţional/nr. total cazuri ponderate

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

Tariful pe caz rezolvat (TCR) - valoarea de rambursare a unui caz rezolvat la nivel de spital

TCR = TCP x ICM

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, naţional.

TCDRGi = TCP x VRDRGi

Abrevieri:

CMD = Categorii majore de diagnostice

DRG = Grupe de diagnostice

VR = Valoare Relativă

DS = Durată de spitalizare

CR = Cazuri rezolvate (externate)

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 SECŢIE/COMPARTIMENT PENTRU SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE, PRECUM ŞI PENTRU SECŢIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE CRONICI/RECUPERARE ŞI NEONATOLOGIE - PREMATURI DIN ALTE SPITALE INCLUSIV PENTRU SECŢIILE/COMPARTIMENTELE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Nr. crt	Denumire secţie/compartiment	Codul secţiei/ compartimentului *)	Tarif maximal pe zi de spitalizare 2015 (lei)
1	Recuperare, medicină fizică şi		

	balneologie	1371	202,11
2	Recuperare, medicină fizică şi 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 maternităţi de gradul II	1222.1	573,00
10	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternităţi 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 şi 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

Notă

*) conform Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secţii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităţilor sanitare din România, cu completările ulterioare

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2015 nu poate fi mai mare decât tariful maximal pe zi de spitalizare prevăzut în tabel, cu excepţia secţiilor de psihiatrie cronici prevăzute la poz. 11 şi 12, a secţiei Distrofici - Pediatrie (recuperare pediatrică) prevăzută la poz. 4, a secţiei de recuperare neuropsihomotorie şi recuperare medicală - neurologie prevăzute la poz. 17 şi 18, din tabelul de mai sus, pentru care tarifele maximale se pot majora cu până la 30%, respectiv secţiilor de pneumoftiziologie şi pneumoftiziologie copii prevăzute la poz. 5 şi 6, pentru care tarifele maximale se pot majora cu până la 15%.

NOTA 2: Pentru secţia clinică recuperare neuromusculară - recuperare medicală neurologie din structura Spitalului Clinic de Urgenţă "Bagdasar Arseni", secţia clinică (IV) de recuperare medicală neurologie din cadrul Institutului Naţional de Recuperare Medicină Fizică şi Balneologie şi secţia 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

TARIFUL MEDIU PE CAZ - MAXIMAL PENTRU SPITALELE
DE ACUŢI NON DRG, RESPECTIV PENTRU SECŢIILE/COMPARTIMENTELE
DE ACUŢI DIN SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE

Nr. crt	Grupa	Secţia/compartimentul (acuţi)	Codul secţiei/ compartimentu-lui*)	Tarif mediu pe caz - maximal 2015 - lei -
1.	Medicale	Boli infecţioase	1011	1.128,12
2.	Medicale	Boli infecţioase 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, nutriţie şi boli metabolice	1081	1.030,42
9.	Medicale	Diabet zaharat, nutriţie şi 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 şi alergologie	1151	1.114,54
16.	Medicale	Imunologie clinică şi 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 şi prematuri)	1202	887,21
21.	Medicale	Neonatologie (nou născuţi)	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 acuţi	1311	1.342,32
30.	Medicale	Psihiatrie pediatrică	1312	1.298,15
31.	Medicale	Psihiatrie (Nevroze)	1321	1.359,49

CJAS Piatra Neamţ

32.	Medicale	Psihiatrie (acuţi şi cronici)	1343	1.428,35
33.	Medicale	Reumatologie	1433	958,97
34.	Chirurgicale	Arşi	2013	3.108,13
35.	Chirurgicale	Chirurgie cardiovasculară	2033	4.193,54
36.	Chirurgicale	Chirurgie cardiacă şi a vaselor mari	2043	3.255,31
37.	Chirurgicale	Chirurgie generală	2051	1.269,90
38.	Chirurgicale	Chirurgie şi ortopedie pediatrică	2092	971,69
39.	Chirurgicale	Chirurgie pediatrică	2102	1.222,82
40.	Chirurgicale	Chirurgie plastică şi 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 şi 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

Notă

*) conform Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secţii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităţilor sanitare din România, cu completările ulterioare

NOTĂ: Tariful contractat pentru anul 2015 nu poate fi mai mare decât tariful mediu pe caz maximal prevăzut în tabel.

Anexa 23 D

DECLARAŢIE

Subsemnatul(a) ..... domiciliat/ă în localitatea ....., str. ....., nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ..., ap. ..., judeţul ....., telefon ....., actul de identitate .... seria ..., nr. ....., CNP/cod unic de asigurare ..... cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii,

declar pe propria răspundere că mă încadrez în una din categoriile de asiguraţi scutite de coplată, prevăzute mai jos:

( ) copii 0 - 18 ani (conform art. 213^1 lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii - se completează de părinţi/aparţinători legali)
( ) tineri între 18 ani şi 26 de ani - dacă sunt elevi, absolvenţi de liceu - până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenţi - care nu realizează venituri din muncă (conform art. 213^1 lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii)
( ) bolnavi cu afecţiuni incluse în programele naţionale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătăţii - pentru serviciile medicale aferente bolii de bază respectivei afecţiuni care nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte surse (conform art. 213^1 lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii)
( ) pensionari cu venituri numai din pensii de până la 740 lei/lună (conform art. 213^1 lit. c) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii)
( ) femei însărcinate şi lăuze - cu venituri peste salariul de bază minim brut pe ţară - pentru servicii medicale legate de evoluţia sarcinii (conform art. 213^1 lit. d) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii - pentru toate serviciile medicale)
( ) femei însărcinate şi lăuze - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe ţară - pentru toate serviciile (conform art. 213^1 lit. d) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii)
dovedită prin documentul/documentele .....,
Data Semnătura
....

Anexa 24

- model -

A. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

UNITATEA SANITARĂ ..... Tel.:
DEPARTAMENTUL ..... Fax:

Şef departament | URGENŢĂ: DA/NU |
.....

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ ţintă/segment anatomic de examinat .....
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare .....
3. Greutate ..... Kg
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU | Programare examen RMN
Alte case ..... | Data: .....
| Ora: .....
5. Internat DA/NU - |
Secţia ..... nr. FO ..... | Substanţă contrast: DA*) ...../NU
6. S-au epuizat celelalte metode | *) Se va aplica semnătura şi parafa
de diagnostic: | medicului de specialitate radiologie
| şi imagistică medicală
| Precizări: .....
DA/NU | .....
7. Dg. trimitere ..... | Observaţii speciale legate de pacient:
..... | 1. Asistat cardiorespirator .... DA/NU
..... | 2. Cooperare previzibilă Normală/
8. Date clinice şi paraclinice | Dificilă
care să justifice explorarea | 3. Antecedente alergice ..... DA/NU
RMN: | 4. Astm bronşic ..... 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 şi parafa medicului | 16. Corpi străini intraocular
solicitant | 17. Schije, gloanţe, obiecte metalice
|
| Semnătura pacientului

Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii**):
(semnătura şi parafa)

Notă

**) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

În caz de urgenţă, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2 - 3 ore, iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore.

```
┌──────────────────────────────────────────┐
│ PREZENŢA UNUI PACEMAKER ESTE O           │
│ CONTRAINDICAŢIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!! │
└──────────────────────────────────────────┘
```

B. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT

```
UNITATEA SANITARĂ .....  Tel.:
DEPARTAMENTUL .....  Fax:

                          ┌──────────────┐
Şef departament           │ URGENŢĂ: DA/NU │
.....                     └──────────────┘
                    FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT
Organ ţintă/segment anatomic de examinat .....
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare .....
3. Greutate ..... Kg | Programare examen CT
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU   |
Alte case ..... | Data: .....
                   | Ora: .....
5. Internat DA/NU -   |
Secţia ..... nr. FO .....  | Substanţă contrast: DA*) ...../NU
                   | *) Se va aplica semnătura şi parafa
                   | medicului de specialitate radiologie
                   | şi imagistică medicală
6. S-au epuizat celelalte metode   |
de diagnostic: DA/NU   | Precizări: .....
7. Dg. trimitere ..... | .....
..... | .....
8. Date clinice şi paraclinice care| Diagnostic CT stabilit .....
să justifice explorarea CT:   | .....
..... | .....
..... | .....
..... | .....
..... | .....
..... | .....
9. Examen CT anterior: DA/NU   | .....
10. Toleranţă la substanţa iodată: | .....
DA/NU   | .....
Trimis de (spital, clinică) ..... |
Medic solicitant ..... Data: .... |
Semnătura şi parafa medicului
solicitant
Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)
```

Notă

*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

Pentru URGENŢE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

C. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

```
UNITATEA SANITARĂ .....  Tel.:
DEPARTAMENTUL .....  Fax:

                          ┌──────────────┐
Şef departament           │ URGENŢĂ: DA/NU │
.....                     └──────────────┘
                FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC
Tip de examen scintigrafic indicat .....
Organ/segment anatomic de examinat .....
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare .....
3. Greutate ..... Kg | Programare examen scintigrafic
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU   |
Alte case ..... | Data: .....
```

```
                                    | Ora: ...............................
5. Internat DA/NU -                 |
Secţia ..... nr. FO ............... |
6. S-au epuizat celelalte metode de |
diagnostic: DA/NU                   | Precizări*): .......................
7. Dg. trimitere .................. | ....................................
.................................... | ....................................
8. Date clinice şi paraclinice care | Diagnostic scintigrafic stabilit
să justifice explorarea             | ....................................
.................................... | ....................................
.................................... | ....................................
.................................... | ....................................
.................................... | ....................................
.................................... | *) Sarcina reprezintă contraindicaţie
9. Examen scintigrafic anterior:    | de efectuare a examenului scintigrafic
DA/NU                               |
10. Stări alergice*): DA/NU         | Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică) ....... | (acolo unde este necesară confirmarea)
Medic solicitant       Data:        |
Semnătura şi parafa medicului       |
Solicitant                          |
Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)
```

Notă

---

*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

---

Pentru urgenţe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

D. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

```
UNITATEA SANITARĂ ......................  Tel.:
DEPARTAMENTUL ..........................  Fax:
                              ┌──────────────────┐
Şef departament               | URGENŢĂ: DA/NU   |
...........................   └──────────────────┘
                FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC
Tip de examen angiografic indicat ........................................
Organ/segment anatomic de examinat .......................................
1. Pacient: Nume .......... Prenume ............... telefon ..............
2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare ............................
3. Greutate ................... Kg | Programare examen angiografic
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU    |
Alte case ........................ | Data: ...............................
                                    | Ora: ...............................
5. Internat DA/NU -                 |
Secţia ..... nr. FO ............... |
6. S-au epuizat celelalte metode de |
diagnostic: DA/NU                   | Precizări*): .......................
7. Dg. trimitere .................. | ....................................
.................................... | ....................................
.................................... | Observaţii speciale legate de pacient:
8. Date clinice şi paraclinice care | 1) Pacient diabetic .......... DA/NU
să justifice explorarea             | - în tratament cu sulfamide
.................................... | hipoglicemiante ............... DA/NU
.................................... | (dacă DA se opreşte tratamentul cu 48
.................................... | de ore înaintea investigaţiei)
.................................... | 2) Hepatita .................. DA/NU
.................................... | Diagnostic angiografic stabilit
.................................... | ....................................
                                    | ....................................
                                    | ....................................
                                    | ....................................
                                    | ....................................
9. Examen angiografic anterior:     | ....................................
DA/NU                               |
10. Puls: - arteră femurală dreaptă | *) - Pacientul se va prezenta
.................................... | obligatoriu cu următoarele teste
- arteră femurală stângă            | efectuate: activitatea protrombinică
.................................... | şi timpul de protrombină determinate
                                    | în ziua efectuării investigaţiei,
                                    | creatinină, uree, ECG, tensiune
```

C.T.C.E. Piatra Neamţ

| arterială, antigen HbS, test HIV
| - Administrarea anticoagulantelor
| cumarinice trebuie oprită cu 72 de
10. Stări alergice*): DA/NU | ore înaintea investigaţiei; medicaţia
- la substanţa de contrast ..... | antihipertensivă şi antiaritmică NU
- alte alergii ..... | se opreşte;
|
| Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică) ..... | (acolo unde este necesară confirmarea)
|
Medic solicitant Data: |
Semnătura şi parafa medicului |
solicitant |
Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)

Notă

*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

Pentru urgenţe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.
Semnătura şi parafa medicului care a efectuat investigaţia

Anexa 25

DURATA DE SPITALIZARE PE SECŢII/COMPARTIMENTE VALABILĂ PENTRU TOATE CATEGORIILE DE SPITALE

Cod Secţie	Denumire secţie	Durata de spitalizare pentru anul 2015
1011	Boli infecţioase	6.48
1012	Boli infecţioase copii	5.57
1023	HIV/SIDA	7.08
1033	Boli parazitare	4.34
1051	Cardiologie	6.07
1052	Cardiologie copii	5.12
1061	Cronici	11.17
1061_PAL	Îngrijiri paliative	19.13
1071	Dermatovenerologie	6.74
1072	Dermatovenerologie copii	7.25
1081	Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice	6.12
1082	Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice copii	4.76
1101	Endocrinologie	4.49
1102	Endocrinologie copii	3.80
1111	Gastroenterologie	5.44
1121	Geriatrie şi gerontologie	11.99
1131	Hematologie clinică	5.70
1132	Hematologie copii	5.84
1151	Imunologie clinică şi alergologie	4.46

1152	Imunologie clinică și alergologie copii	5.25
1171	Medicină internă	6.71
1191	Nefrologie	6.64
1192	Nefrologie copii	5.05
1202	Neonatologie (nn și prematuri)	4.45
1212	Neonatologie (nou născuți)	4.59
1222	Neonatologie (prematuri)	14.09
1222.1	Neonatologie (prematuri)_Maternitate GrII	14.86
1222.2	Neonatologie (prematuri)_Maternitate GrIII	19.79
1231	Neurologie	7.60
1232	Neurologie pediatrică	5.50
1241	Oncologie medicală	4.60
1242	Oncopediatrie	6.90
1252	Pediatrie	5.11
1262	Pediatrie (pediatrie și recuperare pediatrică)	4.36
1272	Pediatrie (recuperare pediatrică)	16.97
1282	Pediatrie cronici	12.85
1291	Pneumologie	8.70
1292	Pneumologie copii	6.88
1301	Pneumoftiziologie	31.59
1302	Pneumoftiziologie pediatrică	23.36
1311	Psihiatrie acuți	11.54
1312	Psihiatrie pediatrică	6.70
1321	Psihiatrie (Nevroze)	11.62
1333	Psihiatrie cronici	94.61
1333.1	Psihiatrie cronici (lungă durată)	204.05
1333.2	Psihiatrie cronici	51.50
1343	Psihiatrie (acuți și cronici)	13.74
1353	Toxicomanie	10.84
1363	Radioterapie	8.78
1371	Recuperare, medicină fizică și balneologie	11.47
1372	Recuperare, medicină fizică și balneologie copii	20.94
1383	Recuperare medicală - cardiovasculară	12.00
1393	Recuperare medicală neurologie	13.91
1393_REC	Recuperare medicală	13.53
1403	Recuperare medicală - ortopedie și traumatologie	11.37
1413	Recuperare medicală - respiratorie	11.36
1423	Recuperare neuro-psiho-motorie	16.22

CJAS Piatra Neamț

1433	Reumatologie	7.00
1453	Terapie intensivă coronarieni - UTIC	6.19
1463	Toxicologie	3.56
1473	Secţii sanatoriale altele decât balneare	23.94
1473_B	Secţii sanatoriale balneare	21.00
1473_P	Preventorii	57.00
2013	Arşi	11.56
2033	Chirurgie cardiovasculară	9.90
2043	Chirurgie cardiacă şi a vaselor mari	11.08
2051	Chirurgie generală	6.76
2063	Chirurgie laparoscopică	5.59
2073	Chirurgie artroscopică	5.00
2083	Chirurgie oncologică	7.45
2092	Chirurgie şi ortopedie pediatrică	4.39
2102	Chirurgie pediatrică	4.42
2113	Chirurgie plastică şi reparatorie	5.74
2123	Chirurgie toracică	8.64
2133	Chirurgie vasculară	7.25
2141	Ginecologie	3.94
2151	Gineco-oncologie	5.46
2173	Neurochirurgie	6.84
2181	Obstetrică	4.40
2191	Obstetrică-ginecologie	4.49
2201	Oftalmologie	3.33
2202	Oftalmologie copii	4.63
2211	Ortopedie şi traumatologie	6.98
2212	Ortopedie pediatrică	5.08
2221	Otorinolaringologie (ORL)	5.29
2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	2.95
2233	Otorinolaringologie (ORL) - implant cohlear	4.07
2263	TBC osteo-articular	15.68
2301	Urologie	5.95
2302	Urologie pediatrică	5.96
6013	Chirurgie maxilo-facială	4.32

Durata de spitalizare pe secţii se calculează ca medie a duratelor de spitalizare individuale ale fiecărui caz externat de pe secţia respectivă şi validat, număr întreg cu două zecimale.
Durata individuală a cazului se calculează ca diferenţa matematică între data externării şi data internării.

C.T.C.E. Piatra Neamţ

Durata de spitalizare efectiv realizată pe secţii/compartimente se calculează ca medie a duratelor de spitalizare individuale ale fiecărui caz externat şi validat de pe secţia respectivă, în perioada pentru care face decontarea şi este număr cu 2 zecimale.
NOTĂ:
1. Pentru secţia clinică recuperare neuromusculară - recuperare medicală neurologie din structura Spitalului Clinic de Urgenţă "Bagdasar Arseni", pentru secţia recuperare neurologie adulţi "Întorsura Buzăului" din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", judeţul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru secţiile recuperare neuromotorie "Gura Ocniţei" din structura Spitalului Judeţean de Urgenţă Târgovişte, judeţul Dâmboviţa, şi Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie "Dezna", judeţul Arad, durata optimă de spitalizare este de 17 zile.
2. Pentru secţiile recuperare cardiovasculară adulţi din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", judeţul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 16 zile. Pentru secţia de recuperare, medicină fizică şi balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, inclusiv pentru compartimentul recuperare neuro-psiho-motorie din cadrul acesteia, durata optimă de spitalizare este de 21 de zile.
3. Pentru secţiile de geriatrie şi gerontologie din structura Institutului Naţional de Gerontologie şi Geriatrie "Ana Aslan" durata optimă de spitalizare este de 14 zile.

Anexa 26

- model -
CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitaliceşti
I. Părţile contractante
Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,
Şi
Unitatea sanitară cu paturi ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ..., telefon: fix/mobil ....., fax ..... e-mail ....., reprezentată prin .....,
II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.
III. Servicii medicale spitaliceşti

Articolul 2

(1) Serviciile medicale spitaliceşti se acordă asiguraţilor pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unităţile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unităţile de asistenţă medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate, după caz, de medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi de medicii de medicina muncii.
Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi.
Beneficiază de internare fără bilet de internare situaţiile prevăzute în anexa 1 la Capitolul I, litera C pct. 1 şi la capitolul II litera F pct. 12 din HG nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare:
(2) Serviciile medicale spitaliceşti sunt preventive, curative, de recuperare şi paliative şi cuprind:
a) consultaţii;
b) investigaţii;
c) stabilirea diagnosticului;

d) tratamente medicale şi/sau chirurgicale;
e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale,
f) cazare şi masă, după caz.

IV. Durata contractului

Articolul 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2015.

Articolul 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

Articolul 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, 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 condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, 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, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să 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 Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, dispozitive medicale şi îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale şi /sau prescripţiilor medicale eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripţiilor medicale şi recomandărilor. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate ; în situaţia 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 asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, cu încadrarea în sumele contractate.

Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

j) să ţină evidenţa externărilor pe asigurat, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă acesta;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitaliceşti; în cazul serviciilor medicale spitaliceşti acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să monitorizeze activitatea desfăşurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externate şi raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcţie de realizarea indicatorilor negociaţi conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

m) să verifice prin acţiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum şi respectarea protocoalelor de practică medicală;

n) să monitorizeze internările de urgenţă, în funcţie de tipul de internare, aşa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea şi raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă şi spitalizare de zi, cu modificările şi completările ulterioare, cu evidenţierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgenţe din cadrul spitalului;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă şi prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H. G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

p) să verifice respectarea de către furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asiguraţi pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă şi de zi.

Articolul 6

Furnizorul de servicii medicale spitaliceşti are următoarele obligaţii:

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

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

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi şi persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum şi intimitatea şi 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 însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

f) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase

sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.

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

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

i) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H. G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

l) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, până la data implementării prescripţiei electronice pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

m) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

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

o) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;

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

q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 , cu modificările şi completările ulterioare;

r) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, conform dispoziţiilor legale;

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

t) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

ţ) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea 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 spitaliceşti de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora a cărei cuantum este prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

w) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare/reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu şi prescripţia medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

x) să recomande asiguraţilor tratamentul, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile 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 îşi desfăşoară 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 ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigaţiile, tratamentele efectuate şi cu privire la alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc 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 prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia 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 secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului.

ac) să transmită instituţiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

ad) să verifice biletele de internare în ceea ce priveşte 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 urgenţe, cu evidenţierea numărului cazurilor internate, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

af) să raporteze corect şi complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare şi să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi al Ministerului Sănătăţii; spitalul care nu are pagină web proprie informează despre acest lucru casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, care va posta pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum;

ag) să monitorizeze gradul de satisfacţie al asiguraţilor prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce priveşte calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraţilor conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa nr. 48 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

ah) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală elaborate şi aprobate conform prevederilor legale;

ai) să afişeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătăţii, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al ministrului finanţelor publice, situaţia privind execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli al spitalului public şi situaţia arieratelor înregistrate;

aj) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terţii, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

ak) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienţii internaţi sau transferaţi, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienţilor din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depăşită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura

transportul acestor pacienţi pe baza unui contract încheiat cu unităţi specializate, autorizate şi evaluate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achiziţiile publice;

al) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienţii internaţi sau transferaţi care reprezintă urgenţe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgenţă prespitalicească.

am) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document/ adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

an) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line şi prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ap) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi în vederea internării sau în ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

aq) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asiguraţi pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă şi de zi.

ar) să elibereze pentru asiguraţii internaţi 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 şi materialele sanitare din programele naţionale de sănătate şi cu medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare; documentul stă la baza eliberării prescripţiei medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie şi medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital.

VI. Modalităţi de plată

Articolul 7

(1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - DRG pentru afecţiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a1) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare: ..... lei

b) Suma pentru spitalele de cronici, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii, după caz - din alte spitale, care se stabileşte astfel:

Secţia/ Compartimentul COD	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare*) sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată	Tarif pe zi de spitalizare/ secţie/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4

TOTAL				

Notă

*) Durata de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Tariful pe zi de spitalizare pe secţie/compartiment se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secţiile şi compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcţie de particularităţile aferente, şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H. G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Pentru secţiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110, art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradul II şi III, psihiatrie cronici şi pneumoftiziologie adulţi şi copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2014.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă este de ..... şi se stabileşte astfel:

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2015 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional pentru secţiile/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 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

d) Suma pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată /avizată prin ordin al ministrului sănătăţii de Ministerul Sănătăţii, după caz - din spitalele de cronici, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a.2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare: ..... lei

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabileşte 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	

Notă

*) Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat se negociază şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secţie şi pe tip de bolnavi: urgenţă, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezintă distinct numărul cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de

urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerul Sănătăţii, pentru cazurile neinternate, precum şi numărul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncţionale fără personalitate juridică din structura proprie.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitaliceşti pe anul 2015 este de ..... lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti contractate stabilită pentru anul 2015 se defalchează lunar şi trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acuţi, 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 spitaliceşti contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată iniţial de către casele de asigurări de sănătate, se repartizează trimestrial spitalelor care îndeplinesc criteriile de la art. 6 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi în condiţiile prevăzute la acelaşi articol.

(6) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse/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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... .

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

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse /transmise în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările şi decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform prezentului contract de la data de 1 aprilie 2015 până la data de 30 noiembrie, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(8) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condiţiile respectării criteriilor de internare prevăzute la capitolul II litera F punctul 3 din anexa nr. 1 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi în condiţiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 25% din cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(9) Contractarea şi decontarea serviciilor medicale spitaliceşti se face în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

Articolul 8

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. a) - ae), ag) - al), ap) - ar) atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(2) Nerespectarea obligaţiei de către unităţile sanitare cu paturi prevăzută la art. 6 alin. (1) lit. af) atrage aplicarea unor sancţiuni, după cum urmează:

a) reţinerea 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) reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 5% la valoarea de contract aferentă lunii respective suplimentar faţă de procentul prevăzut la lit. a).

c) pentru raportarea incorectă /incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial se reţine o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 6 lit. ao), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie;

b) la a doua constatare şi la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 20% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(4) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (3), nerespectarea obligaţiei de la art. 6 lit. ao) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line şi pentru prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope.

(5) Reţinerea sumei potrivit alin. (1) - (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie 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 relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţile publice locale, în funcţie de subordonare, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) şi (2).

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceea şi destinaţie.

Articolul 9

Plata serviciilor medicale spitaliceşti se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr. ....., deschis la Banca ..... .

VII. Calitatea serviciilor medicale

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 obligaţiilor 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 legislaţiei în vigoare.

IX. Clauze speciale

Articolul 13

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

Articolul 14

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

Articolul 15

În cazul reorganizării unităţii sanitare cu paturi, prin desfiinţarea acesteia şi înfiinţarea concomitentă a unor noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare, se preia de drept de către noile unităţi sanitare înfiinţate, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea şi suspendarea contractului

Articolul 16

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secţiei/secţiilor a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

(2) În situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

Articolul 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

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

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

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

b) acordul de voinţă al părţilor;

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

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile

acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care 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 acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

Articolul 18

Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 şi a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

Articolul 19

Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul unităţii 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 părţi contractante schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

Articolul 20

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

Articolul 21

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinaţia de servicii medicale spitaliceşti, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale, precum şi prevederile art. 7 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Articolul 22

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

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

Articolul 23

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

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - Director general,	Manager,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei economice,	Director medical,

.....	.....
Director executiv al	
Direcţiei Relaţii Contractuale	
.....	Director financiar-contabil,
	.....
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	Director de îngrijiri,
	.....
	Director de cercetare-dezvoltare,
	.....

Pentru serviciile medicale spitaliceşti ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unităţile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătăţii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, se încheie contract pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi. Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Anexa 27

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ŞI PACHETULUI
DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAŢII DE URGENŢĂ
LA DOMICILIU ŞI ACTIVITĂŢI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU CONSULTAŢII DE URGENŢĂ LA DOMICILIU ŞI ACTIVITĂŢI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultaţii de urgenţă la domiciliu pentru urgenţele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim-ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, a centrului de permanenţă sau prin sistemul de consultaţii de urgenţă la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgenţă 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 şi în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condiţiile prevăzute de lege.

2.2 Transportul echipajului de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică şi nu necesită monitorizare şi îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistenţă medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.

2.3 Bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major şi stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputaţii recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări caşectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III şi IV, insuficienţă cardiacă clasa NYHA III şi IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian şi revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienţi cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienţi oxigenodependenţi, malformaţii arterio venoase - rupte neoperate, malformaţii vasculare cerebrale - anevrisme, malformaţii arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, şi care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenţionale, pot fi transportaţi inclusiv în alt judeţ.

2.4 Transportul de la şi 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 adulţi, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora şi retur, în vederea efectuării dializei în unităţile sanitare situate în alt judeţ decât cel de domiciliu al persoanei respective.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAŢII DE URGENŢĂ LA DOMICILIU ŞI ACTIVITĂŢI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultaţii de urgenţă la domiciliu pentru urgenţele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim-ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, a centrului de permanenţă sau prin sistemul de consultaţii de urgenţă la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgenţă 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 şi în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condiţiile prevăzute de lege.
2.2 Transportul echipajului de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică şi nu necesită monitorizare şi îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistenţă medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.
2.3 Transportul copiilor dializaţi cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora şi retur, în vederea efectuării dializei în unităţile sanitare situate în alt judeţ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializaţi cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi au domiciliul persoanele dializate şi unităţile medicale specializate aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate din judeţul de domiciliu;
2.4 Bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major şi stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputaţii recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări caşectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III şi IV, insuficienţă cardiacă clasa NYHA III şi IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian şi revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienţi cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienţi oxigenodependenţi, malformaţii vasculare cerebrale - anevrisme, malformaţii arterio venoase - rupte neoperate, malformaţii arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, şi care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenţionale, pot fi transportaţi inclusiv în alt judeţ.
2.5 Transportul de la şi la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.
2.6 Transportul asiguraţilor nedeplasabili cu tetrapareze sau insuficienţă motorie a trenului inferior, la spital pentru internare pe baza biletului de internare în unităţile sanitare de reabilitare medicală şi recuperare.
2.7 Transportul dus-întors la cabinetul de specialitate din specialităţile clinice şi de la cabinet la domiciliu, pentru asiguraţii imobilizaţi la pat, pentru consultaţie în vederea evaluării, monitorizării şi prescrierii tratamentului în cazul afecţiunilor cronice pentru care medicaţia poate fi prescrisă numai de medicul de specialitate din ambulatoriu de specialitate.
C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURăRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII
1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, 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 şi pct. 2, subpunctele 2.1 şi 2.2 din prezenta anexă.
2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă.
3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, pot beneficia după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. B punctul 1 şi punctul 2 subpunctele 2.1 şi 2.2 sau lit. B din prezenta anexă, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.
D. TARIFUL MAXIMAL DECONTAT UNITĂŢILOR SPECIALIZATE PRIVATE DE CASELE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
(1) Tariful maximal decontat unităţilor specializate private de casele de asigurări de sănătate pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu este de 197 lei.
(2) Tariful maximal decontat unităţilor specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs în mediul rural/urban este:
- pentru autoturisme de transport şi intervenţie în scop medical pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu de 1,42 lei
- pentru transportul sanitar neasistat cu ambulanţe tip A1 şi A2 de 2,18 lei
- pentru transportul sanitar neasistat cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat de 1,11 lei.

(3) Tariful maximal decontat unităţilor specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este de 92 lei.

(4) Tarifele de la alin. (2) şi (3) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

Anexa 28

MODALITATEA DE PLATĂ
a consultaţiilor de urgenţă la domiciliu
şi activităţilor de transport sanitar neasistat

Articolul 1

(1) Consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de servicii de bază şi în pachetul minimal de servicii medicale, cuprinse în anexa nr. 27 la ordin, se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale.

(2) Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare pentru consultaţia de urgenţă la domiciliu, tarifului pe kilometru efectiv parcurs pentru mediul urban/rural şi tarifului pe milă marină parcursă pentru unităţile specializate private, sunt prevăzute în anexa nr. 28 A la ordin.

Articolul 2

Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unităţile specializate autorizate şi evaluate private pentru efectuarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar neasistat, va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi se stabileşte astfel:

1. pentru solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulţit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate şi furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepţia celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreţinerea şi repararea mijlocului de transport) şi a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situaţia în care consultaţia de urgenţă la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanenţă şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 alin. (1). Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează consultaţiile de urgenţă la domiciliu cu unităţile specializate private.

Tariful pe solicitare pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus, prin încheierea unui act adiţional în acest sens;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri efectiv parcurşi pentru mediul urban/rural, estimaţi a fi parcurşi, înmulţit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori şi casele de asigurări de sănătate. La estimarea numărului de kilometri parcurşi se iau în calcul şi kilometrii estimaţi a fi parcurşi aferenţi consultaţiilor de urgenţă 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 unităţile la care se înregistrează timpi de aşteptare mai ridicaţi, respectiv distanţe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare. Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unităţile specializate private. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus, prin încheierea unui act adiţional în acest sens.

3. pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulţit cu tariful negociat pe milă marină şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 alin. (3). La estimarea numărului de mile marine se iau în calcul şi milele marine estimate a fi parcurse aferente consultaţiilor de urgenţă 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 unităţile specializate private.

Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus, prin încheierea unui act adiţional în acest sens.

Diferenţa de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condiţiile prevăzute la art. 5 alin. (2) şi/sau pentru contractarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat conform condiţiilor iniţiale de contractare.

Articolul 3

Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale medicul care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu poate elibera certificate constatatoare de deces în condiţiile prevăzute de lege, cu excepţia situaţiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

Articolul 4

Suma contractată anual de către unităţile specializate autorizate şi evaluate private cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre şi pe luni. Defalcarea pe luni are în vedere şi propunerile furnizorilor în raport de condiţiile specifice, cu încadrarea în sumele trimestriale aprobate de ordonatorul principal de credite.

Articolul 5

(1) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat se face lunar, la nivelul realizat, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurşi pentru mediul urban/rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, şi tariful minim negociat, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful minim negociat pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă lunii respective.

(2) Trimestrial, se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurşi pentru mediul urban/rural, respectiv mile marine efectiv parcurse şi tariful minim negociat, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful minim negociat pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea.

În situaţia în care, la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurşi pentru mediul urban/rural, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum şi a numărului consultaţiilor de urgenţă la domiciliu realizate, de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora numai dacă depăşirea este justificată, cu încadrarea în suma aprobată cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurşi pentru mediul urban /rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat şi numărul solicitărilor pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor specializate autorizate şi evaluate private solicitările pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu prevăzute la lit. A pct. 1 şi la lit. B pct. 1 din anexa nr. 27 la ordin şi numărul de kilometri efectuaţi pentru tipul de transport prevăzut la litera A, pct. 2 şi la litera B pct. 2 din anexa nr. 27 la ordin, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat şi au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

Articolul 6

(1) Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumelor corespunzătoare consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuţi în vedere la contractare, în limita sumelor contractate, în baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse/transmise în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând serviciile realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Articolul 7

Mijloacele specifice de intervenţie destinate consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat sunt:

a) ambulanţe tip A1, A2 - ambulanţe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienţi (A2);

b) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

c) autoturisme de transport şi intervenţie în scop medical, pentru medicii care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu;

d) mijloace de intervenţie/transport pe apă - ambarcaţiuni pentru intervenţii primare sau secundare/transporturi sanitare.

Articolul 8

(1) Tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu este de 197 lei pentru unităţi specializate private.

(2) Tariful maximal decontat unităţilor specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs, în mediul rural/urban pentru autoturisme de transport şi intervenţie în scop medical pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu este de 1,42 lei, pentru transportul sanitar neasistat cu ambulanţe tip A1 şi 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 unităţilor specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este de 92 lei.

(4) Tarifele de la alin. (2) şi (3) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

Articolul 9

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din cadrul unităţilor specializate private pentru a analiza aspecte privind calitatea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităţilor specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Anexa 28 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare pentru consultaţia de urgenţă la domiciliu, tarifului pe kilometru efectiv parcurs pentru mediul urban/rural şi tarifului pe milă marină parcursă, pentru unităţile specializate private

1. Statul de personal.
2. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2015 pe elemente de cheltuieli

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificaţie bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizaţii de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanţă	10.01.09	
Indemnizaţii plătite unor persoane din afara unităţii	10.01.12	
Indemnizaţii de delegare	10.01.13	
Indemnizaţii de detaşare	10.01.14	
Alocaţii pentru locuinţe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuţii	10.03	
Contribuţii de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuţii de asigurări de şomaj	10.03.02	

Contribuţii de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuţii de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10.03.04	
Contribuţii pentru concedii şi indemnizaţii	10.03.06	
Contribuţii la fondul de garantare a creanţelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ŞI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri şi servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curăţenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat şi forţă motrică	20.01.03	
Apă, canal şi salubritate	20.01.04	
Carburanţi şi lubrifianţi	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poşta, telecomunicaţii, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale şi prestări servicii pentru întreţinere cu caracter funcţional	20.01.09	
Alte bunuri şi servicii pentru întreţinere şi funcţionare	20.01.30	
Reparaţii curente	20.02	
Medicamente şi materiale sanitare	20.04	
Hrană	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanţi	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detaşări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detaşări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărţi, publicaţii şi materiale documentare	20.11	
Consultanţă şi expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecţia muncii	20.14	
Comisioane şi alte costuri aferente împrumuturilor	20.24	

CJAP Piatra Neamţ

externe		
Cheltuieli judiciare şi extrajudiciare derivate din acţiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispoziţiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol şi reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri şi servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂŢI ALE ADMINISTRAŢIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acţiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanţarea unităţilor de asistenţă medico-sociale	51.01.38	
Aparatură şi echipamente de comunicaţii în urgenţă	51.01.08	
Transferuri pentru reparaţii capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanţarea investiţiilor spitalelor	51.02.12	

NOTĂ: Rubricile din tabelul de mai sus se vor completa conform specificului activităţii proprii.

Anexa 29

- model -

CONTRACT

de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu

şi activităţi de transport sanitar neasistat

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ..... reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Unitatea 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 consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

III. Consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat furnizate

Articolul 2

Furnizorul de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază şi în pachetul minimal de servicii prevăzute în anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

IV. Durata contractului

Articolul 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2015.

Articolul 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400 /2014, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

Articolul 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu unităţi specializate private, autorizate şi evaluate şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze unităţilor medicale specializate, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţită de lista certificată de serviciul public de ambulanţă cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară şi de documentele justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate contravaloarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, 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 consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat, cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casa de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, 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, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la 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 Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorului consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat acordate beneficiarilor;

g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere.

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

Articolul 6

Furnizorul de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale beneficiarului de servicii medicale referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi şi persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum şi intimitatea şi 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 consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform H.G. nr. 400 /2014, cu modificările şi completările ulterioare şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei

Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii, 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 şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidenţele obligatorii, pe cele cu regim special şi pe cele tipizate;

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

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

i) să asigure acordarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită, prin dispeceratul unic 112, în limita mijloacelor disponibile;

j) să asigure acordarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

k) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;

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

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

n) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţiei Elveţia, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

o) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

p) să asigure acordarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor 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 îşi desfăşoară activitatea la furnizor.

r) să asigure consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat, utilizând mijlocul de intervenţie şi transport şi echipamentul corespunzător situaţiei respective, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

s) să elibereze certificate constatatoare de deces, după caz, conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

ş) 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 şi pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

ţ) să asigure la solicitarea serviciilor publice de ambulanţă, consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat contractate direct cu casa de asigurări de sănătate, în conformitate cu protocolul de colaborare încheiat între serviciul public de ambulanţă şi serviciile de ambulanţă private, conform prevederilor legale în vigoare.

VI. Modalităţi de plată

Articolul 7

(1) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unităţile specializate autorizate şi evaluate private pentru efectuarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar neasistat va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi se stabileşte astfel:

a) pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulţit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate şi furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepţia celor aferente mijlocului de transport - cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreţinerea şi repararea mijlocului de transport - şi a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situaţia în care consultaţia de urgenţă la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanenţă şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (1) din anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează consultaţiile de urgenţă la domiciliu cu unităţile specializate private.

Tariful pe solicitare pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus, prin încheierea unui act adiţional în acest sens;

b) pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri efectiv parcurşi pentru mediul urban/rural, estimaţi a fi parcurşi, înmulţit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori şi casele de asigurări de sănătate. La estimarea numărului de kilometri parcurşi se iau în calcul şi kilometrii estimaţi a fi parcurşi aferenţi consultaţiilor de urgenţă 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 nr. 28 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, astfel încât la unităţile la care se înregistrează timpi de aşteptare mai ridicaţi, respectiv distanţe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unităţile specializate private. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus, prin încheierea unui act adiţional în acest sens;

c) pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulţit cu tariful negociat pe milă marină şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 alin. (3) din anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare. La estimarea numărului de mile marine se iau în calcul şi milele marine estimate a fi parcurse aferente consultaţiilor de urgenţă la domiciliu.

Tariful pe milă marină minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu unităţile specializate private. Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus, prin încheierea unui act adiţional în acest sens.

Diferenţa de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condiţiile prevăzute la alin. (2) lit. b) şi/sau pentru contractarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat conform condiţiilor iniţiale de contractare.

(2) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport neasistat efectuate de unităţile specializate autorizate şi evaluate private:

a) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat se face lunar, la nivelul realizat, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurşi pentru mediul urban/rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, şi tariful minim negociat, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful minim negociat pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă lunii respective;

b) Trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurşi pentru mediul urban/rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, şi tariful minim negociat, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful minim negociat pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea.

În situaţia în care, la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurşi pentru mediul urban/rural, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum şi a numărului consultaţiilor de urgenţă la domiciliu realizate, de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora numai dacă depăşirea este justificată, cu încadrarea în suma aprobată cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor efectiv parcurşi pentru mediul urban /rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat şi numărul solicitărilor pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor specializate autorizate şi evaluate private solicitările pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu prevăzute la lit. A pct. 1 şi la lit. B pct. 1 din anexa nr. 27 la ordin şi numărul de kilometri efectuaţi pentru tipul de transport prevăzut la litera A, pct. 2 şi la litera B pct. 2 din anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat şi au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

Articolul 8

(1) Suma contractată aferentă consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat pentru anul 2015 este de ..... lei.

(2) Suma contractată aferentă consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat se defalchează pe trimestre şi 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 consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuţi în vedere la contractare în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative 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 şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse/transmise în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând serviciile realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările şi decontările, ţinându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractaţi.

(4) Plata consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor 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 obligaţiile unităţilor medicale specializate private prevăzute la art. 6 atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare, reţinerea 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 reţine o sumă calculată prin aplicarea unui procent de 10% la valoarea de contract lunară.

(3) Reţinerea sumelor potrivit alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Articolul 11

Consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile 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 obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Articolul 13

Reprezentantul legal al furnizorului de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi 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 voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

Articolul 15

Efectuarea de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, suspendarea şi rezilierea contractului

Articolul 16

(1) Contractul de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

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

a1) furnizorul îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului, după caz;

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

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

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 situaţii:

a) încetarea termenului de valabilitate a autorizaţiei de funcţionare sau suspendarea acesteia, respectiv încetarea dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea autorizaţiei de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

b) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

Articolul 17

(1) Contractul de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi 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 situaţii:

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 îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

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

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform 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 dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi 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 sancţiunilor prevăzute la art. 10 alin. (1).

i) dacă furnizorul nu îndeplineşte condiţia prevăzută la art. 105 alin. (1) lit. d) din anexa 2 la HG nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (2) şi (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 acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

Articolul 18

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) şi la art. 16 alin. (1) lit. a) subpunctele a2) şi a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) - subpct. a1) şi lit. c) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

Articolul 19

Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul unităţii 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 părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

Articolul 20

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional, semnat de ambele părţi, şi este anexă a acestui contract.

Articolul 21

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

Articolul 22

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

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

Articolul 23

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

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor 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
Preşedinte - Director general,	Reprezentant legal
.....	.....
Director executiv al	
Direcţiei economice,	
.....	
Director executiv al	
Direcţiei relaţii contractuale	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	

Anexa 30

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ŞI ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

A. PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ŞI ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Nr. crt.	Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijire paliativă la domiciliu
1.	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respiraţie, puls, TA, diureză şi scaun *****)
	*****) Recomandarea serviciului se face de către medici pentru toţi parametrii prevăzuţi, respectiv: temperatură, respiraţie, puls, TA, diureză şi scaun
2.	Administrarea medicamentelor:
	2.1 intramuscular*)
	2.2 subcutanat*)
	2.3.intradermic*)
	2.4 oral
	2.5 pe mucoase

	*) În afara injecţiilor şi perfuziilor cu produse de origine umană.
3.	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*) ****)
	*) În afara injecţiilor şi perfuziilor cu produse de origine umană.
	****) Se efectuează sub supravegherea medicului care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
4.	Sondaj vezical, îngrijirea sondei urinare şi administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală ***)
	***) la bărbaţi se efectuează de către medicul care îşi desfăşoară 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 injecţiilor şi perfuziilor cu produse de origine umană.
	****) Se efectuează sub supravegherea medicului care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
6.	Alimentaţia enterală pe gastrostomă/sondă gastrică şi educarea asiguratului/aparţinătorilor
7.	Alimentaţia pasivă, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiţie, inclusiv instruirea asiguratului/aparţinătorului
8.	Clismă cu scop evacuator
9.	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor
10.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicaţii medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc şi a rulourilor
11.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor pulmonare: posturi de drenaj bronşic, tapotaj, fizioterapie respiratorie
12.	Îngrijirea plăgilor simple şi/sau suprainfectate/suprimarea firelor
13.	Îngrijirea escarelor multiple
14.	Îngrijirea stomelor
15.	Îngrijirea fistulelor
16.	Îngrijirea tubului de dren şi instruirea asiguratului
17.	Îngrijirea canulei traheale şi instruirea asiguratului
18.	Monitorizarea dializei peritoneale
19.	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbţia urinei**)
	**) Este inclus şi mijlocul ajutător pentru absorbţia urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbţia urinei/zi.
20.	Evaluarea asiguratului: stabilirea şi aplicarea unui plan de îngrijiri în controlul durerii şi altor simptome asociate bolii şi reevaluarea periodică
21.	Evaluarea mobilităţii, a capacităţii de auto-îngrijire, a riscului de apariţie al escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutriţionale, implementarea intervenţiilor stabilite în planul de îngrijiri şi reevaluarea periodică - de către asistentul medical
22.	Masaj limfedem şi contenţie elastică

23.	Masaj limfedem cu pompa de compresie
24.	Montare TENS
25.	Administrare medicaţie prin nebulizare
26.	Aspiraţie gastrică
27.	Aspiraţie căi respiratorii
28.	Paracenteză
29.	Ventilaţie noninvazivă ****)
	****) Se efectuează sub supravegherea medicului pneumolog cu atestat în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii Somnologie (nivel I şi II) şi în Ventilaţie non-invazivă (nivel III) sau a medicului cu specialitatea anestezie şi terapie intensivă, medicului specialist de medicină de urgenţă, care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
30	Alimentaţie parenterală - alimentaţie artificială pe cateter venos central sau periferic****)
	****) Se efectuează sub supravegherea medicului cu specialitatea anestezie şi terapie intensivă care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu. Serviciul nu include medicaţia specifică.
31	Kinetoterapie individuală

NOTA 1: Serviciile de la punctele 1 - 31 se acordă de furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu.
NOTA 2: Serviciile de la punctele 1 - 19 şi 29 - 31 se acordă de furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu.
NOTA 3: Serviciile de la punctele 20 şi 22 - 28 se acordă de către medicii de specialitate cu atestat îngrijiri paliative.
NOTA 4: Serviciul de la punctul 31 se acordă pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicul de reabilitare medicală care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu /îngrijiri paliative la domiciliu.
NOTA 5: Serviciile de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se acordă în condiţiile stabilite prin anexa nr. 31 la ordin.
B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII
1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi 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 şi îngrijiri paliative la domiciliu prevăzut la lit. A din prezenta anexă.
2. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, prevăzut la lit. A din prezenta anexă, în condiţiile stabilite de respectivele documente internaţionale.

Anexa 31

CONDIŢIILE
acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu
şi îngrijiri paliative la domiciliu şi
modalităţile 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 şi evaluate în condiţiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alţii decât medicii de familie, furnizori care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ţinând seama de starea de sănătate a asiguratului şi de statusul de performanţă ECOG al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie şi de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medici aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa nr. 31 C la ordin, ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status.

Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, cu excepţia unităţii sanitare cu paturi care are organizată şi aprobată /avizată de Ministerul Sănătăţii structură de îngrijiri medicale la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continuă, nu poate efectua servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanţi legali, medici care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor, asociaţi, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, soţ/soţie sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu.

Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu nu poate efectua servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la acelaşi furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu sau la acelaşi furnizor de servicii medicale care are încheiate cu casele de asigurări de sănătate contracte şi pentru asistenţa medicală primară, specialităţi clinice şi reabilitare medicală.

Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi nici recomandările medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia asiguratului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia.

Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medicii de familie, recomandă îngrijiri medicale la domiciliu numai ca o consecinţă a consultaţiei medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. În funcţie de statusul de performanţă ECOG, bolnavul poate fi:

a) incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 3;

b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 4.

(3) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, sau în registrul de consultaţii în ambulatoriu, asupra necesităţii efectuării îngrijirilor medicale.

Articolul 2

(1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 30 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu cu tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu. Tariful maximal pe o zi de îngrijire la domiciliu este de 55 lei, pentru îngrijirile acordate asiguraţilor cu status de performanţă ECOG 4 şi tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraţilor cu status de performanţă 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 înţelege 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 proporţional, în funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii recomandate/număr minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător statusului de performanţă 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 stabileşte de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicităţii/periodicităţii serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele

11 luni în 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 situaţia în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

(5) În situaţia în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale, furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu. Pentru a beneficia din nou de îngrijiri medicale la domiciliu asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3).

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 şi medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi 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 şi evaluate în condiţiile legii pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alţii decât medicii de familie, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru acordarea de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contracte de îngrijiri paliative cu casele de asigurări de sănătate dacă fac dovada funcţionării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înţelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative şi asistenţi medicali absolvenţi ai unui curs de îngrijiri paliative.

Pentru asigurarea calităţii serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezenţa unui medic cu atestat în îngrijiri paliative şi a unui asistent medical, cu un program de lucru care să asigure o normă întreagă pe zi atât pentru medic cât şi pentru asistentul medical. Pe lângă personalul de specialitate, la nivelul furnizorului poate funcţiona şi alt personal: psihologi, kinetoterapeuţi, logopezi, îngrijitori.

(3) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, asiguraţilor eligibili. Sunt consideraţi eligibili, pacienţii cu afecţiuni oncologice şi cei cu HIV/SIDA, cu speranţă limitată de viaţă şi cu status de performanţă ECOG 3 sau 4.

(4) Statusul de performanţă ECOG pentru care se acordă îngrijiri paliative la domiciliu este definit la art. 1 alin. (2).

(5) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către medicii de specialitate cu specialităţi oncologie şi boli infecţioase, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 31 D la ordin, ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status.

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu cu excepţia unităţii sanitare cu paturi care are organizată şi aprobată /avizată de Ministerul Sănătăţii structură de îngrijiri paliative la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continuă, nu poate efectua servicii de îngrijiri paliative la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medici care au calitatea de reprezentanţi legali, medici care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor, asociaţi, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, soţ/soţie 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.

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu nu poate efectua servicii de îngrijiri paliative la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la acelaşi furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu sau la acelaşi furnizor de servicii medicale care are încheiate cu casele de asigurări de sănătate contracte şi pentru asistenţa medicală primară, specialităţi clinice şi reabilitare medicală.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu întocmeşte după prima vizită planul de îngrijire pe care îl comunică în maximum 3 zile lucrătoare la casa de asigurări de sănătate. În situaţia în care planul de îngrijire se modifică în funcţie de necesităţile pacientului, variaţiile planului de îngrijire sunt transmise casei de asigurări de sănătate odată cu raportarea lunară.

Articolul 5

(1) Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 30 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful maximal pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu este de 65 lei pentru îngrijirile acordate asiguraţilor cu status de performanţă ECOG 4 şi tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordată asiguraţilor cu status de performanţă 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 înţelege 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 nr. 30 la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În caz contrar, tariful se reduce proporţional, funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii recomandate/număr minim de servicii (5) x tariful/zi de îngrijire corespunzător statusului de performanţă 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 şi rămâne nemodificat în situaţia 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 faţă de cel prevăzut în recomandare, conform anexei 31 D la ordin.

(3) În situaţia 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 şi efectuate de furnizor, este mai mic faţă de numărul serviciilor recomandate, tariful prevăzut în decizie se reduce proporţional, în funcţie 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 performanţă ECOG şi prevăzut în decizie.

(4) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabileşte de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viaţă. În situaţia în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

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 şi asistentul medical care funcţionează la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale.

Planul de îngrijire se stabileşte pe baza evaluării iniţiale a pacientului şi este revizuit în funcţie de necesităţile pacientului sau cel puţin o dată la 30 de zile. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în anexa nr. 31 B la ordin.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu ajustează pachetul de servicii în funcţie de necesităţile pacientului; acestea se vor reflecta în Planul de îngrijire pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2);

În situaţia în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale, furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative, asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor paliative în limita numărului de zile prevăzut la art. 5 alin. (4), cu excepţia situaţiei în care întreruperea îngrijirilor paliative a survenit ca urmare a internării asiguratului, situaţie 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 ataşează la foaia de observaţie/fişa 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, soţ/soţie, 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 evidenţă 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 obţinerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidenţele căreia se află asiguratul, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - -CNP/cod unic de asigurare, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi declaraţia pe propria răspundere din care să rezulte că afecţiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se ataşează recomandarea medicală cu specificarea domiciliului copilului şi certificatul de naştere (în copie) cu codul numeric personal - CNP/codul unic de asigurare.

Documentele depuse în copie sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), a persoanei împuternicite de acesta sau a reprezentantului legal al asiguratului.

(3) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea şi recomandarea primită, în maximum două zile lucrătoare de la data depunerii, şi este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii, iar cererea este aprobată în limita sumei prevăzute pentru această destinaţie. La analiza cererilor şi recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare statusul de performanţă ECOG al asiguratului, concordanţa dintre diagnostic, status ECOG şi periodicitatea/ritmicitatea serviciilor recomandate şi numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de care a beneficiat asiguratul în anul respectiv, astfel încât să nu depăşească numărul de zile prevăzut la art. 2 alin. (3), respectiv art. 5 alin. (4).

Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris şi motivat, cu indicarea temeiului legal. În cazul acceptării, cererea este supusă aprobării şi, respectiv, emiterii deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu /îngrijiri paliative la domiciliu, în limita sumei prevăzute cu această destinaţie. Decizia se expediază prin poştă sau se predă direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), persoanei împuternicite 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, soţ/soţie, 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 relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate şi care este inclus în lista de furnizori, înscrisă pe versoul deciziei.

(5) Casa de asigurări de sănătate eliberează decizii pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative care nu se suprapun ca perioadă de timp în care sunt acordate de către furnizor/furnizori aceste servicii.

Articolul 8

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fişă de îngrijire care conţine datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative acordate, data şi ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), a persoanei împuternicite legal de acesta sau a reprezentantului legal al asiguratului, care confirmă efectuarea acestor servicii, semnătura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum şi evoluţia stării de sănătate.

Articolul 9

(1) În baza fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmeşte factura lunară şi desfăşurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aprobate.

(2) Furnizorul depune la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală factura lunară însoţită de desfăşurătorul serviciilor efectuate, în luna următoare celei pentru care se face decontarea, însoţită de copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcţie de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat şi validat, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat şi de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

Articolul 10

(1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi asigurarea accesului asiguraţilor la aceste servicii, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea acordării serviciilor emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asiguraţi.

(2) Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate, de tipul şi stadiul afecţiunii pentru care a fost efectuată recomandarea şi de nivelul de dependenţă al bolnavului, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administraţie, se aprobă prin decizie de către preşedintele-director general şi se publică pe pagina web a acesteia.

(3) Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr. 31 A la ordin. Casele de asigurări de sănătate întocmesc un centralizator zilnic al deciziilor emise care va conţine în mod obligatoriu semnăturile conducerii, viza juridică şi viza de control financiar preventiv, pe fiecare pagină.

(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 situaţia în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât şi de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

Articolul 12

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.
Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Articolul 13

Medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, care prescriu substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii, respectă prevederile legale în vigoare privind condiţiile de prescriere a medicamentelor.

Anexa 31 A

- Model -
Casa de Asigurări de Sănătate .....
Decizia nr. ..... din data .....
Preşedintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate .....
Având în vedere:
- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- prevederile H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare
- prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii de Guvern nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare
Văzând cererea nr. ..... înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în data de ..... depusă de beneficiar (asigurat), nume şi prenume ..... sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, adresă completă, telefon)*) ..... beneficiar domiciliat în ..... CNP/cod unic de asigurare ....., 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 performanţă ECOG al asiguratului ....., declaraţia pe proprie răspundere din care să rezulte că afecţiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

Notă

---

*) în situaţia în care cererea nu este depusă de beneficiar (asigurat) acest câmp se completează obligatoriu şi se înscrie calitatea:
- părinte
- soţ/soţie
- fiu/fiică
- reprezentant legal al asiguratului
- împuternicit legal - care nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator şi angajat al unui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea preşedintelui - 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,
DECIZIE - VERSO -

LISTA FURNIZORILOR DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI
MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU AFLAŢI ÎN
RELAŢIE 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 şi prenumele asiguratului .....
CNP/cod unic de asigurare al asiguratului .....
Diagnostic medical .....
Diagnostic boli asociate .....
Font 9

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data efectuării serviciilor

B - Nume prenume evaluator

C - Semnătură evaluator

Evaluare iniţială			Problema (actuală/ potenţială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data reevaluării
Data	B	C							
Reevaluare			Problema (actuală/ potenţială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data următoarei reevaluări
Data	B	C							

Notă

*) Se vor înscrie servicii de îngrijire paliative conform anexei nr. 30 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare.

Anexa 31 C

- model -

RECOMANDARE

pentru îngrijiri medicale la domiciliu

Nr. ...../.....***)

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate inclusiv medicul de familie, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) ..... C.U.I. .....

Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

1. Numele şi prenumele asiguratului .....
2. Domiciliul .....
3. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare .....
4. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate:

.....

(Se va nota şi cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificaţia internaţională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)

5. statusul de performanţă ECOG*) .....
6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(cu denumirea din anexa nr. 30 la ordin*1))	periodicitate/ritmicitate*2)
a)	.....
b)	.....
c)	.....
d)	.....

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu**) .....
8. Codul medicului .....

Ştampila secţiei din care se externează asiguratul şi

Ştampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de

semnătura şefului de secţie	specialitate
Data	Data .....
Semnătura şi parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat	Semnătura şi parafa medicului din ambulatoriul de specialitate
.....	.....

Notă

*) statusul de performanţă ECOG:
- statusul de performanţă ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare);
- statusul de performanţă ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare).
**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri.
***) Se va completa cu numărul din registrul de consultaţii/foaie de observaţie.
*1) la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare;
*2) periodicitate/ritmicitate serviciilor recomandate se stabileşte pentru fiecare tip de serviciu în parte, în concordanţă cu diagnosticul, cu patologia pacientului şi statusul de performanţă 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. Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi nici recomandările medicale care nu cuprind o periodicitate /ritmicitate a serviciilor recomandate, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia asiguratului şi statusul de performanţă 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 şi prenumele asiguratului .....
2. Domiciliul .....
3. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare .....
4. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate:
.....
(Se va nota şi cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificaţia internaţională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)
5. statusul de performanţă ECOG*) .....
6. Servicii de îngrijiri recomandate:
(din anexa nr. 30 la ordin*1))
a) .....
b) .....
c) .....
d) .....
.....
.....
.....
.....
7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri paliative la domiciliu**)
.....

8. Codul medicului .....

Ştampila secţiei din care se externează asiguratul şi semnătura şefului de secţie	Ştampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate
Data	Data .....
Semnătura şi parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat	Semnătura şi parafa medicului din ambulatoriul de specialitate
.....	.....

Notă

---

*) statusul de performanţă ECOG:
- statusul de performanţă ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare)
- statusul de performanţă ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare).
**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile o dată în viaţă pentru îngrijiri paliative la domiciliu.
***) Se va completa cu numărul din registrul de consultaţii/foaie de observaţie.
*1) Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare

---

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. 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. Părţile contractante
Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....
şi
Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu:
reprezentat prin: .....
Persoana fizică/juridică ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., adresă e-mail .....
II. Obiectul contractului

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 şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.
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 asiguraţilor, cuprinse în anexa nr. 30 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

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 2015.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu autorizaţi şi evaluaţi, pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate şi 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 condiţiile de contractare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, 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 H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor 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 Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate soluţionarea situaţiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

B. Obligaţiile 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 obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi precum şi intimitatea şi 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 însoţită de copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz, şi documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; 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 şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 44 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H. G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

h) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii 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 asiguraţilor fără nicio discriminare;

k) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

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

m) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

n) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea 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 îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

q) să nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, prevăzute în pachetul de servicii şi pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor şi pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens, servicii de îngrijiri prevăzute în recomandare;

r) să acorde asiguraţilor servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, conform recomandărilor medicilor, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, ca o consecinţă a actului medical propriu, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H. G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare. Modelul formularului de recomandare este stabilit în anexa nr. 31 C/31 D la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate

nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini în condiţiile prevăzute în anexa nr. 31 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare. Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/de îngrijiri paliative la domiciliu cu excepţia unităţii sanitare cu paturi care are organizată şi aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii structură de îngrijiri medicale la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externate 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 reprezentanţi legali, medici care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor, asociaţi, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi de îngrijiri paliative, soţ/soţie 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 la domiciliu. 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 concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia asiguratului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia. În cazul nerespectării acestei prevederi contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi de îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază;

s) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie iniţiativă schema de îngrijire recomandată, pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;

ş) să comunice direct, în scris, atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu şi îngrijirile paliative la domiciliu, cât şi medicului de familie al asiguratului evoluţia stării de sănătate a acestuia;

t) să ţină evidenţa serviciilor de îngrijiri medicale şi îngrijiri paliative la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata, evoluţia stării de sănătate;

ţ) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, în situaţia în care acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea, şi să nu depăşească din proprie iniţiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin anexa nr. 31 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

u) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri, în conformitate cu recomandările stabilite zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale, în condiţiile stabilite prin anexa nr. 31 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

v) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document /adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

w) să utilizeze prescripţia medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare, dacă medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu prescriu substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligaţia să informeze în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.

x) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale prescrise pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope în terapia durerii în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

y) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, respectiv prescripţia medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea medicamentelor prescrise, ce au fost eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menţionate anterior, de la data la care acestea se implementează;

z) să recomande asiguraţilor substanţele şi preparatele stupefiante şi psihotrope în terapia durerii, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

aa) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

ab) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.

VI. Modalităţi de plată

Articolul 8

(1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înţelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative acordate asiguraţilor pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabileşte prin înmulţirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu.

Tariful maximal pe o zi de îngrijire la domiciliu este de 55 lei, pentru îngrijirile acordate asiguraţilor cu status de performanţă ECOG 4 şi tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraţilor cu status de performanţă 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 înţelege 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 proporţional, în funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate/nr. minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător statusului de performanţă 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 nr. 31 A la ordin.

Tariful nu este element de negociere între părţi.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este de cel mult 90 de zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în 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 situaţia în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(3) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabileşte prin înmulţirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire paliativă la domiciliu.

Tariful maximal pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu este de 65 lei pentru îngrijirile acordate asiguraţilor cu status de performanţă ECOG 4 şi tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordată asiguraţilor cu status de performanţă 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 înţelege 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 nr. 30 la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În caz contrar, tariful se reduce proporţional, funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii recomandate/număr minim de servicii (5) x tariful/zi de îngrijire corespunzător statusului de performanţă 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 nr. 31 A la ordin şi rămâne nemodificat în situaţia 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 nr. 31 B la ordin este mai mare faţă de cel prevăzut în recomandare, conform anexei nr. 31 D la ordin.

(3) În situaţia 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 nr. 31 B la ordin şi efectuate de furnizor, este mai mic faţă de numărul serviciilor recomandate, tariful prevăzut în decizie se reduce proporţional, în funcţie 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 performanţă ECOG şi prevăzut în decizie.

Tariful nu este element de negociere între părţi.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este de cel mult 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viaţă. În situaţia în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

În situaţia în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

(5) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2) din anexa nr. 31 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H. G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

În situaţia în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

(6) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcţie de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat şi validat, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat şi de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(7) În situaţia în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât şi de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

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 şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul ..... .

VII. Calitatea serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative la domiciliu

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 obligaţiilor 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 legislaţiei în vigoare.

IX. Clauză specială

Articolul 13

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

X. Încetarea, rezilierea şi suspendarea contractului

Articolul 14

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi 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 autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii 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 însoţite de copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz, şi de documentele justificative privind activităţile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi 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 sancţiunilor prevăzute la art. 15 alin. (1), (2) şi (3), pentru fiecare situaţie;

h) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. q), r), s) şi u).

Articolul 15

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - o), ş), t), v), w), z) şi aa) se aplică următoarele sancţiuni:

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 situaţii.

(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 Naţionale 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 situaţii.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art.7 lit. x), la prima constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii; la a doua constatare se diminuează cu 20% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

(4) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (3), nerespectarea obligaţiei de la art. 7 lit. x) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope.

(5) Reţinerea sumelor potrivit alin. (1), (2) şi (3) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(6) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face prin plata directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2) şi (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

Articolul 16

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situaţii:

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

a1) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 17 lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care 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 acelaşi tip cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

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 situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 118 alin. (1) lit. a)-c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. p), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii 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 obligaţiei de plată a contribuţiei la Fondul naţional 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 aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

Articolul 18

Situaţiile prevăzute la art. 14 şi la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2) şi a3) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XII. Corespondenţa

Articolul 19

Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi 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 părţi contractante modificările survenite.

XIII. Modificarea contractului

Articolul 20

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile calendaristice înaintea datei la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

Articolul 21

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

Articolul 22

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

XIV. Soluţionarea litigiilor

Articolul 23

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

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XV. Alte clauze

.....

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU
Preşedinte - director general, ...	Reprezentant legal, ...
Director executiv al Direcţiei economice, ...	
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale, ...	
Vizat Juridic, Contencios	

Anexa 33

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA DE REABILITARE MEDICALĂ ÎN SANATORII BALNEARE ŞI

RECUPERARE MEDICALĂ ÎN ALTE SANATORII ŞI PREVENTORII
A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ CUPRINDE:
1. Serviciile de reabilitare medicală şi recuperare sunt servicii acordate în regim de spitalizare în sanatorii/secţii sanatoriale pentru adulţi şi copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiţi conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare.
1.1 Servicii medicale de reabilitare medicală acordate în sanatorii balneare

Tipul de asistenţă balneară	Durata maximă*)
Servicii de reabilitare medicală	14 - 21 zile/an/asigurat acordate într-un singur episod care cuprinde minim 4 proceduri/zi

Notă

*) Serviciile medicale acordate peste durata de spitalizare mai mare de 21 de zile se suportă în întregime de către asiguraţi. Serviciile medicale se acordă şi pentru durate mai mici de 14 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 şi medicii din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Criteriile de eliberare a biletelor de trimitere pentru tratament de reabilitare medicală au în vedere patologia specifică şi afecţiunile asociate ale asiguratului cu specificul de tratament balnear.
1.1.2 Serviciile se acordă pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate de reabilitare medicală, cu încadrarea în prevederile mai sus menţionate.
1.2 Servicii medicale de recuperare acordate în sanatorii altele decât balneare şi preventorii
1.2.1 Serviciile medicale de recuperare acordate în alte sanatorii decât cele balneare şi în preventorii sunt servicii acordate în regim de spitalizare, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi.
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 şi medicii din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.
B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, BENEFICIARI AI FORMULARELOR /DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII
1. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii reabilitare medicală şi de recuperare acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană.
2. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi 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 aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

Anexa 34

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală de reabilitare medicală şi recuperare,
în sanatorii şi preventorii

Articolul 1

(1) Suma negociată şi contractată de sanatoriile/secţiile sanatoriale din spitale, pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, de furnizori constituiţi conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările

ulterioare, care sunt avizaţi de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare şi de preventoriile cu sau fără personalitate juridică, cu casele de asigurări de sănătate, se stabileşte pe baza următorilor indicatori specifici în funcţie de care se stabileşte capacitatea maximă de funcţionare:

a) număr de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, şi 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 Sănătăţii, în condiţiile legii;

c) numărul de paturi contractabile cu încadrarea în planul de paturi la nivel judeţean, stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii; indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional luat în calcul la stabilirea capacităţii maxime este de 250 de zile pentru sanatorii balneare/secţii sanatoriale balneare din spitale şi 320 de zile pentru sanatorii/secţii sanatoriale din spitale altele decât cele balneare şi preventorii;

d) număr de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional;

e) durata de spitalizare conform anexei nr. 25 la ordin sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată; pentru situaţiile 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 nr. 25 la ordin;

f) tariful pe zi de spitalizare negociat;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2014;

h) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii, în vigoare la data încheierii contractului.

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală şi recuperare, încheiat de casele de asigurări de sănătate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, şi preventoriile, precum şi suma contractată cu spitalele în baza contractului de furnizare servicii medicale pentru secţiile sanatoriale se stabileşte prin negociere astfel:

Număr de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare negociat

a) numărul de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociază şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal.

Tarif maximal pe zi de spitalizare (lei)	
1. Sanatorii balneare/secţii sanatoriale balneare din spitale	129
2. Sanatorii/secţii sanatoriale din spitale altele decât cele balneare	110
3. Preventorii	62

NOTĂ:

Pentru sanatoriile balneare/secţiile sanatoriale balneare din spitale, suma contractată şi decontată de casele de asigurări de sănătate este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuţia personală a asiguraţilor.

(3) Contribuţia personală a asiguraţilor pentru asistenţă balneară în sanatorii balneare/secţii sanatoriale balneare din spitale reprezintă 35% din tariful/zi de spitalizare negociat.

(4) Pentru beneficiarii legilor speciale partea de contribuţie personală a asiguratului se suportă din fond, cu următoarele excepţii:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraţilor care au fost înlăturaţi din justiţie pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, partea de contribuţie personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unităţi sanitare de stat.
- pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum şi unele drepturi ale invalizilor şi văduvelor de război, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, partea de contribuţie personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unităţi medicale civile de stat sau militare.
- pentru beneficiarii Legii recunoştinţei faţă de eroii-martiri şi luptătorii care au contribuit la victoria Revoluţiei române din decembrie 1989, precum şi faţă de persoanele care şi-au jertfit viaţa sau au avut de suferit în urma revoltei muncitoreşti anticomuniste de la Braşov din noiembrie 1987 nr. 341/2004, cu modificările şi completările ulterioare, partea de contribuţie personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unităţi medicale civile de stat sau militare din subordinea Ministerului Sănătăţii, Ministerului Afacerilor Interne şi Ministerului Apărării Naţionale.

(5) Pentru serviciile medicale de recuperare medicală, acordate în sanatorii, altele decât cele balneare şi în preventorii nu se percepe contribuţie din partea asiguraţilor.

Articolul 2

(1) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală şi recuperare medicală, efectuate în sanatorii/secţiile sanatoriale din spitale pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, precum şi 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 şi cu tariful pe zi de spitalizare, cu încadrarea în valoarea contractului, diminuat în cazul sanatoriilor balneare/secţiilor sanatoriale balneare din spitale, cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.

(2) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală şi recuperare, efectuate în sanatorii/secţii sanatoriale din spitale pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, precum şi în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face din fondul cu destinaţia servicii medicale de reabilitare medicală şi recuperare în unităţi sanitare cu paturi.

Articolul 3

Asiguraţii suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare şi/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce priveşte cazarea, se înţelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare şi fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiţionat şi altele asemenea), iar în ceea ce priveşte masa, cea acordată la nivelul alocaţiei de hrană stabilită prin acte normative. Contribuţia personală a asiguraţilor reprezintă diferenţa dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, şi cele corespunzătoare confortului standard.

Articolul 4

Sanatoriile şi preventoriile din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea serviciilor hoteliere standard (cazare standard şi masă la nivelul alocaţiei de hrană) pentru însoţitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat, în condiţiile prevederilor legale în vigoare.

Articolul 5

(1) Sanatoriile, inclusiv cele balneare şi preventoriile sunt obligate să suporte pentru asiguraţii internaţi cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective.

(2) În situaţia în care asiguraţii, pe perioada internării, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secţia în care aceştia sunt internaţi, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuţie personală, în condiţiile contractului-cadru şi prezentelor norme, sanatoriile, inclusiv cele balneare şi preventoriile rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraţilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligaţie exclusivă a sanatoriilor, inclusiv cele balneare şi a preventoriilor şi se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

Articolul 6

(1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri şi cheltuieli şi, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalchează de către sanatorii şi preventorii pe trimestre şi luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcţie de subordonare, şi 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 şi a documentelor justificative ce se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun/transmit 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 şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse /transmise în vederea decontării, urmând ca diferenţa 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 şi 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 secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite din lista de prioritate în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului în lista de prioritate.

(2) Activitatea realizată se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentelor norme.

Decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcţie de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate
- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare/secţiilor sanatoriale balneare din spitale, cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.
2. Trimestrial, se fac regularizări şi decontări, în limita sumei contractate, în funcţie de:
- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv,
- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare/secţiilor sanatoriale balneare din spitale cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.
În situaţia în care numărul de zile efectiv realizate este mai mic decât numărul de zile contractate, decontarea se face la numărul de zile efectiv realizat.
În situaţia în care numărul de zile efectiv realizate este mai mare decât numărul de zile contractate decontarea se va face la nivelul contractat.

(3) Regularizarea şi decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepţia trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Articolul 7

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în sanatorii/preventorii au obligaţia ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital - cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării şi indicaţiile de tratament şi supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

Articolul 8

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu medicii de specialitate din unităţile sanitare de reabilitare medicală şi recuperare medicală, pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa de reabilitare medicală şi de recuperare medicală, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unităţile sanitare de reabilitare medicală şi recuperare, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. 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 şi 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.

Articolul 10

Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2015 cu destinaţia servicii medicale de reabilitare medicală şi recuperare în unităţi sanitare cu paturi, se contractează de către casele de asigurări de sănătate prin acte adiţionale la contractele iniţiale pentru anul 2015. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare condiţiile avute în vedere la contractare şi indicatorii specifici fiecărei unităţi sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii iniţiale de contract/actelor adiţionale, precum şi nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractaţi.

Anexa 35

- model -

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală
de reabilitare medicală şi recuperare, în sanatorii
şi preventorii

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

şi

Sanatoriul/Preventoriul/Secţia sanatorială sau compartiment sanatorial din spital/furnizorii constituiţi conform Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizaţi de Ministerul

Sănătăţii ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul /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 şi recuperare, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, şi preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

III. Serviciile medicale de reabilitare medicală şi recuperare, acordate în sanatorii şi preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

Articolul 2

Serviciile medicale de reabilitare medicală şi recuperare, în sanatorii şi preventorii, se acordă în baza biletelor de trimitere eliberate de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu şi medicii din spital, aflaţi în relaţii 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 2015.

Articolul 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400 /2014, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

Articolul 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, 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 cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, 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 H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să 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 Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, dispozitive medicale îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale şi /sau prescripţiilor medicale eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripţiilor medicale şi recomandărilor. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situaţia 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 asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în anexa 34 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

j) să ţină evidenţa serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă 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 obligaţii:

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

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi precum şi intimitatea şi 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 însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii, 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 şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidenţele obligatorii, pe cele cu regim special şi pe cele tipizate;

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

h) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

k) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, până la data implementării prescripţiei electronice pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

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

m) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;

n) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

o) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

p) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, conform dispoziţiilor legale;

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

r) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

s) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

ş) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

t) să încaseze sumele reprezentând contribuţia personală pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

ţ) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare/reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu şi prescripţia medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

u) să recomande asiguraţilor tratamentul, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile 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 îşi desfăşoară 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 ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat şi despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire 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 prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandări de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

y) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii şi pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

z) să verifice biletele de internare în ceea ce priveşte 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 secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului;

ab) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ac) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

ad) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line şi prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ae) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

af) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.

VI. Modalităţi de plată

Articolul 7

(1) Suma pentru sanatorii balneare/secţii sanatoriale balneare din spitale prevăzută în prezentul contract se stabileşte prin negociere în funcţie de numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza şi de tariful/zi de spitalizare negociat.

Valoarea contractată în sumă de ..... lei este suma negociată diminuată cu contribuţia personală a asiguraţilor, conform tabelului de mai jos:

Font 9

Tipul de asistenţă balneară	Nr. de zile de spitalizare contractate	Tariful pe zi de spitalizare negociat	Suma negociată	Suma suportată de asigurat	Valoarea contractată
1	2	3	4 = 2 x 3	5 = 2 x 3 x 35%	6 = 4 - 5
Servicii de reabilitare medicală					

(2) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii/secţiile sanatoriale din spitale, altele decât cele balneare, şi preventorii este de ..... lei şi se stabileşte prin negociere în funcţie de numărul de zile de spitalizare estimat ..... şi tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu negociat de ..... lei/zi de spitalizare.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale contractate stabilită pentru anul 2015 se defalchează lunar şi 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/secţii sanatoriale balneare din spitale suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.

Articolul 8

(1) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală şi recuperare, contractate se face conform prevederilor art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400 /2014, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse /transmise în vederea decontării, urmând ca diferenţa 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 şi decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform prezentului contract până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(4) Contractarea şi decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicală şi recuperare, se face în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

Articolul 9

Plata serviciilor medicale de reabilitare medicală şi recuperare, se face în contul nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau în contul nr. ....., deschis la Banca .....

Articolul 10

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la art. 6 lit. a)-u), w)-ac) şi ae) atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 1% la valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea 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 obligaţiei de la art. 6 lit. ad), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie;

b) la a doua constatare şi la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 20% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(3) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (2), nerespectarea obligaţiei de la art. 6 lit. ad) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line şi pentru prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope.

(4) Reţinerea sumelor potrivit alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (2) depăşeşte prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeaşi destinaţie.

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 obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

Articolul 13

Reprezentantul legal al unităţii sanitare cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauză specială

Articolul 14

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

Articolul 15

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nici o obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea şi 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 situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate, la nivelul secţiei/secţiilor, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative.

(2) În situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a)-d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional 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 situaţii:

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

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

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

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor 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 puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relaţiei 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 aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

Articolul 18

Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 şi a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

Articolul 19

Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi 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 părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

Articolul 20

Prezentul contract se poate modifica, prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare, cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea. Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

Articolul 21

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistenţa medicală acordată în sanatorii/secţii sanatoriale pentru adulţi şi copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiţi potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

Articolul 22

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

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/al documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

Articolul 23

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

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei Relaţii contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, contencios	
.....	

Anexa 36

MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ŞI DECONTARE
a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală
în tratamentul ambulatoriu

Articolul 1

(1) Medicamentele cu şi fără contribuţie personală se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripţie medicală eliberată de medicii care sunt în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Pentru prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală care se acordă în tratamentul ambulatoriu se utilizează numai prescripţia medicală electronică on-line şi în cazuri justificate, prescripţia medicală electronică off-line.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescrierea preparatelor stupefiante şi psihotrope se realizează conform reglementărilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare. Prescripţia medicală cu regim special este utilizată pentru preparatele stupefiante şi psihotrope şi îşi păstrează regimul de prescripţie medicală cu regim special.

Pentru prescripţiile medicale electronice off-line, în cazul în care o modificare este absolut necesară, această menţiune va fi semnată şi parafată de către persoana care a completat iniţial datele, pe toate formularele.

(2) Prescripţia medicală electronică on-line şi off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu.

Prescripţia medicală electronică on-line şi off-line are două componente obligatorii: componenta care se completează de către medicul prescriptor şi o componentă care se completează de farmacist, denumite în continuare componentă prescriere, respectiv componentă eliberare. Prescripţia medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă are şi o componentă facultativă utilizată numai pentru

eliberarea fracţionată atât în ceea ce priveşte numărul medicamentelor cât şi cantitatea din fiecare medicament denumită în continuare componenta eliberare pentru pacient.
Seria şi numărul prescripţiei medicale electronice on-line şi off-line sunt unice, sunt generate automat prin sistemul de prescriere electronică de la nivelul caselor de asigurări de sănătate şi sunt atribuite fiecărui furnizor de servicii medicale, respectiv fiecărui medic care are încheiată convenţie pentru prescriere de medicamente.
Casele de asigurări de sănătate vor atribui furnizorilor de servicii medicale, respectiv medicilor care au încheiate convenţii pentru prescriere de medicamente un număr de prescripţii medicale electronice on-line şi off-line, la solicitarea acestora şi organizează evidenţa prescripţiilor medicale electronice online şi off-line atribuite.

(3) În cazul prescrierii electronice on-line, în situaţia în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, acesta listează un exemplar al prescripţiei medicale (componentă prescriere) care poartă confirmarea semnăturii electronice extinsă şi îl înmânează asiguratului pentru depunerea la farmacie şi poate lista un alt exemplar al prescripţiei electronice (componenta prescriere) care rămâne la medicul prescriptor pentru evidenţa proprie.

Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripţiei electronice on-line (componenta eliberare) - ce conţine confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, pe care o păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere) şi o va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.
Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, dacă nu poate prezenta cardul naţional de asigurări sociale de sănătate propriu. În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, eliberarea se face utilizând cardul naţional de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia şi nu este necesară semnarea componentei eliberare.
În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei pe baza adeverinţei de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţei înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum şi copii 0-18 ani beneficiari ai prescripţiei medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

(4) În cazul prescrierii electronice on-line, în situaţia în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică extinsă, acesta listează obligatoriu două exemplare pe suport hârtie (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează şi ştampilează, din care un exemplar rămâne la medicul prescriptor pentru evidenţa proprie şi un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a se depune de către acesta la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie prescripţia medicală electronică (componenta eliberare), cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, pe care o păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere) şi o va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, dacă nu poate prezenta cardul naţional de asigurări sociale de sănătate propriu. În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, eliberarea se face utilizând cardul naţional de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia şi nu este necesară semnarea componentei eliberare.
În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei pe baza adeverinţei de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţei înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum şi copii 0-18 ani beneficiari ai prescripţiei medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

(5) În cazul prescrierii electronice off-line, medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripţiei medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează şi ştampilează, din care un exemplar îl păstrează pentru evidenţa proprie şi 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 şi de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea decontării.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, dacă nu poate prezenta cardul naţional de asigurări sociale de sănătate propriu. În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, eliberarea se face utilizând cardul naţional de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia şi nu este necesară semnarea componentei eliberare.
În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei pe baza adeverinţei de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau

de conştiinţă/adeverinţei înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum şi copii 0-18 ani beneficiari ai prescripţiei medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

(6) Pentru elevii şi studenţii care urmează o formă de învăţământ în altă localitate decât cea de reşedinţă, în caz de urgenţă medicală, medicul din cabinetul şcolar sau studenţesc poate prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul şi tratamentul prescris. Medicii dentişti din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pot prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile.

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie.

Medicii din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Dizabilităţi pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, în situaţia în care persoanele instituţionalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile.

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare. Perioadele pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevăzute la art. 2 alin. (1) şi alin. (3).

(7) Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii/medicii dentişti din cabinetele şcolare şi studenţeşti, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Dizabilităţi, cu unităţile sanitare pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, şi cu medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat, în vederea recunoaşterii prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală eliberate de către aceştia. Modelul convenţiei este cel prevăzut în anexa nr. 41 la ordin. Prin medici/medici dentişti din cabinetele şcolare şi studenţeşti se înţelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unităţi de învăţământ superior, finanţate de la bugetul de stat.

(8) Prescripţiile medicale aferente medicamentelor în regim de compensare 100% din preţul de referinţă se eliberează în următoarele situaţii:

a) pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravide şi lehuze, tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenţi de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenţi;

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 nr. 2 la H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare, pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum şi o declaraţie 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 fişa medicală a pensionarului/în registrul de consultaţii numărul talonului şi cuantumul pensiei şi va anexa la fişa medicală declaraţia dată pe propria răspundere de către pensionar.

În situaţia în care la nivelul cabinetului medical nu există declaraţie dată pe propria răspundere de către pensionar anexată la fişa medicală (câte una pentru fiecare prescripţie eliberată de medic sau aceeaşi declaraţie actualizată prin semnătura pensionarului şi dată - cu ocazia celorlalte prescripţii medicale eliberate de medic) precum şi înscrisuri privind numărul talonului şi cuantumul pensiei (talon de pensie în original sau copie sau nu

sunt consemnate în fişa pacientului/în registrul de consultaţii numărul talonului şi cuantumul pensiei) pentru prescripţie eliberată de medic, răspunderea revine medicului prescriptor.
În situaţia în care la nivelul cabinetului medical există declaraţie dată pe propria răspundere de către pensionar anexată la fişa medicală (câte una pentru fiecare prescripţie eliberată de medic sau aceeaşi declaraţie actualizată prin semnătura pensionarului şi dată - cu ocazia celorlalte prescripţii medicale eliberate de medic) precum şi înscrisuri privind numărul talonului şi cuantumul pensiei (talon de pensie în original sau copie sau sunt consemnate în fişa pacientului/în registrul de consultaţii numărul talonului şi cuantumul pensiei) pentru prescripţia eliberată de medic, dar se dovedeşte că declaraţia dată pe propria răspundere dată de către pensionar nu este conformă realităţii, răspunderea nu revine medicului prescriptor, ci asiguratului (pensionarului).

Articolul 2

(1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecţiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecţiuni subacute şi de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecţiuni cronice.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate şi 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 incluşi în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă 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 consecinţă a actului medical prestat de alţi medici de specialitate aflaţi în relaţie 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 şi asiguratul beneficiar al prescripţiei medicale. Asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripţie medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripţia medicală.

(3) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate şi cu schemă terapeutică stabilă, medicii de specialitate din specialităţile clinice aflaţi în relaţie 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 şi asiguratul beneficiar al prescripţiei medicale. Asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripţie medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripţia medicală.

(4) Prescripţia medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului - în urma unui episod de spitalizare continuă/spitalizare de zi, cuprinde medicaţia pentru maximum 30/31 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1).

(5) Prescripţia medicală pentru afecţiunile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecţiunile acute şi subacute prescripţia medicală este valabilă maximum 48 de ore. Prescripţia medicală electronică on-line pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile pentru care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, şi care se eliberează de mai multe farmacii atât în ceea ce priveşte numărul, cât şi cantitatea din fiecare medicament, este valabilă maximum 92 zile de la data emiterii acesteia în funcţie de numărul de zile pentru care s-a făcut prescrierea.

Articolul 3

Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre şi litere.

Articolul 4

(1) Prescripţia medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informaţiile solicitate în formularul de prescripţie medicală electronică aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/în prescripţia cu regim special pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale electronice/prescripţiile cu regim special pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante care nu conţin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripţie medicală, nu se eliberează de către farmacii şi 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 competenţelor legale pe care le au şi în concordanţă cu diagnosticul menţionat pe formularul de prescripţie medicală emis.

Medicii de familie pot prescrie medicamente atât ca urmare a actului medical propriu, cât şi ca o consecinţă a actului medical prestat de alţi medici în următoarele situaţii:

a) când pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală cu

respectarea restricţiilor de prescriere prevăzute în protocoalele terapeutice. În situaţia în care în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital nu există menţiunea privind eliberarea prescripţiei 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 ieşire din spital, cu respectarea restricţiilor 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 preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", pe baza scrisorii medicale transmisă de alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din spitale sunt obligaţi să prescrie asiguraţilor, la externare, medicamente în limita specialităţii şi a consultaţiilor interdisciplinare evidenţiate în foaia de observaţie, luându-se în considerare medicaţia prescrisă anterior şi în coroborare cu schema de tratament stabilită la externare, dacă se impune eliberarea unei prescripţii medicale.

(3) În situaţia în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie/medicul din ambulatoriul de specialitate poate elibera prescripţie medicală pentru medicamentele şi materialele sanitare din programele naţionale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum şi pentru medicamentele aferente afecţiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice şi a restricţiilor de prescriere din protocoalele terapeutice.

(4) Medicii care îşi desfăşoară activitatea la furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare privind condiţiile de prescriere a medicamentelor.

(5) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaţionale (DCI), iar în cazuri justificate medical, precum şi în cazul produselor biologice, prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripţie şi a denumirii comune internaţionale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumire comercială, cu excepţia produselor biologice, justificarea medicală va avea în vedere reacţii adverse raportate prin sistemul naţional de farmacovigilenţă, ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiaşi DCI sau particularizarea schemei terapeutice, inclusiv pentru DCI - Combinaţii.

Articolul 6

Prescripţiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu şi fără contribuţie 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 evidenţă asiguratul, în condiţiile în care furnizorul de medicamente respectiv are contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract/convenţie medicul prescriptor.

(2) Pentru prescripţia medicală electronică on-line şi off-line în care medicul prescriptor are sau nu are semnătură electronică extinsă, în situaţia în care primitorul renunţă la anumite DC-iuri/medicamente cuprinse în prescripţie, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripţie numai cu medicamentele eliberate şi va lista un exemplar al acesteia pe care primitorul semnează, cu precizarea poziţiei/poziţiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care renunţă, şi care se păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentată casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. În această situaţie medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio altă farmacie.

Pentru prescripţia medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie şi la care asiguratul nu renunţă, şi care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamente va lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate şi care va fi înmânat asiguratului/primitorului în numele acestuia pentru a se prezenta la altă farmacie, precum şi un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) - care se păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere) urmând a fi prezentată casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

Pentru prescripţia medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, emisă pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate pentru o perioada 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 fracţionat 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 fracţionată se va face cu respectarea cantităţii lunare din fiecare medicament determinată în funcţie de cantitatea înscrisă de medic în componenta prescriere. Farmacia

/farmaciile care a/au eliberat medicamente fracţionat va/vor lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate şi care va fi înmânat asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia pentru a se prezenta ulterior, în termenul de valabilitate a prescripţiei la aceeaşi sau la o altă farmacie, precum şi un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) care se păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere) urmând a fi prezentată casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. Farmacia care eliberează ultima fracţiune din medicamentele prescrise nu va mai lista componenta eliberare pentru pacient.

Pentru prescripţia medicală electronică off-line sau on-line în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică, prescripţia se poate elibera numai de către o singură farmacie.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secţiunile C1 şi C3, ale căror preţuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu preţul de referinţă, cu excepţia cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preţ pe unitatea terapeutică mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripţie - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiaşi DCI au preţul de vânzare cu amănuntul mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripţie - componenta eliberare. În toate situaţiile farmacia eliberează medicamentele corespunzătoare formei farmaceutice aferente căii de administrare şi concentraţiei prescrise de medic.

(3) Înscrierea preţurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist pentru medicamentele eliberate pe componenta eliberare a prescripţiei medicale.

(4) Farmacistul notează preţurile de vânzare cu amănuntul, sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament şi sumele ce reprezintă contribuţia personală a asiguratului, pe care le totalizează.

(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asiguraţi contribuţia personală reprezentând diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul şi suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A şi B asupra preţului de referinţă, respectiv diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul şi preţul de referinţă al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate.

(6) Farmaciile au obligaţia să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceluiaşi DCI, cu prioritate la preţurile 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 şi subacute şi 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 excepţie de la obligaţia farmaciei de a se aproviziona în maximum 24/48 de ore cu medicamente situaţia în care farmacia se află în imposibilitatea aprovizionării cu medicamente, din motive independente de aceasta şi pe care le poate justifica cu documente în acest sens.

Articolul 8

Prescripţiile cu destinaţie pediatrică se decontează numai pentru medicamentele de folosinţă pediatrică, conform indicaţiilor producătorului de medicamente, cu excepţia cazurilor justificate în care vârsta şi 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 internaţionale - DCI ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asiguraţii pe bază de prescripţie medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuţie personală, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

Articolul 10

(1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidenţă distinctă pentru fiecare sublistă. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, a medicamentelor corespunzătoare DCI - urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost volum-rezultat, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii medicale în condiţiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care se completează prescripţii distincte.

(2) În borderourile centralizatoare se specifică suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi distincte pentru fiecare borderou centralizator.

(3) Modelul borderourilor centralizatoare se aprobă prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Articolul 11

(1) Casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate de farmaciile cu care se află în relaţie contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie. Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinaţie se defalchează pe trimestre şi luni.

(2) Acordarea medicamentelor şi a unor materiale sanitare specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ se realizează în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naţionale de sănătate în vigoare şi a normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiţionale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuţie personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinaţie, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Articolul 12

În vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, farmaciile transmit caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care sau eliberat medicamentele, până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, facturile şi borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă şi înaintează componenta prescriere şi eliberare pentru prescripţiile electronice off-line, precum şi prescripţiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope şi stupefiante.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii, documentele mai sus menţionate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

Articolul 13

Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont şi în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăţilor efectuate.

Articolul 14

(1) Lista preţurilor de referinţă pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din catalogul naţional al preţurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piaţă (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii, elaborată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, şi metoda de calcul pentru sublistele A, B, C - secţiunile C1 şi C3 din sublistă, aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina de web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate la adresa www.cnas.ro. şi se actualizează în următoarele condiţii:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman de care beneficiază asiguraţii pe bază de prescripţie medicală în tratamentul ambulatoriu cu sau fără contribuţie personală;

b) ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea/modificarea listei de medicamente - denumiri comerciale; lista se elaborează de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate în termen de 15 zile de la actualizarea CANAMED şi intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată;

c) în situaţia în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piaţă care a obţinut aprobarea Ministerului Sănătăţii pentru un preţ de vânzare cu amănuntul pe unitate terapeutică mai mic decât preţul de referinţă pentru medicamentele din sublistele A, B, C - Secţiunile C1 şi C3.

Deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă a medicamentului prin reprezentantul său legal declară pe propria răspundere că asigură medicamentul pe piaţă în cantităţi suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienţilor şi are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia avizelor de diminuare de preţ pentru medicamentele existente în lista menţionată la alin. (1) şi a medicamentelor autorizate pentru nevoi speciale.

d) Pentru situaţiile prevăzute la lit. a)-c) se au în vedere prevederile art. 144 alin. (5)-(8) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele la preţurile de referinţă stabilite în condiţiile prevăzute la alin. (1), indiferent de data la care a fost completată prescripţia medicală de către medic, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (5).

Articolul 15

Eliberarea şi decontarea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală din partea asiguraţilor se fac în limita fondului aprobat cu această destinaţie.

Articolul 16

La nivelul caselor de asigurări de sănătate vor funcţiona comisii pentru DCI-urile prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale ale medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care este necesară aprobarea comisiilor constituite la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

Comisiile vor fi constituite din reprezentanţi ai casei de asigurări de sănătate, direcţiei de sănătate publică şi ai medicilor prescriptori.

Fiecare comisie va fi constituită din 3 sau 5 persoane, astfel:

- medicul şef al casei de asigurări de sănătate sau o persoană desemnată de către acesta din structurile subordonate medicului şef;
- medic desemnat dintre medicii prescriptori de către casa de asigurări de sănătate şi de direcţia de sănătate publică;
- un medic reprezentant al direcţiei de sănătate publică;
- secretariatul comisiei va fi asigurat de persoane din cadrul structurilor subordonate medicului şef 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.

Atribuţiile comisiei:

- asigură aplicarea criteriilor de includere/excludere în/din tratament în conformitate cu protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii;
- stabileşte criterii de prioritizare a pacienţilor eligibili în vederea includerii lor în tratament şi întocmeşte liste de aşteptare, dacă este cazul;
- emite decizii de aprobare/respingere a iniţierii 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 şi se termină la sfârşitul 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 ataşa la prescripţia medicală pentru prescripţiile medicale off - line depuse la casa de asigurări de sănătate; pentru prescripţiile medicale electronice on - line cu sau fără semnătură electronică extinsă copia deciziei se păstrează la farmacie şi se prezintă la solicitarea casei de asigurări de sănătate.
- secretariatul comisiei ţine evidenţa informatică a pacienţilor aflaţi în tratament precum şi tratamentul aprobat cu indicarea datei la care au intrat în tratament, a datei ultimei aprobări şi a perioadei pentru care au primit ultima aprobare.

Casa de asigurări de sănătate pune la dispoziţia comisiei, trimestrial, un raport care conţine numărul de pacienţi aflaţi în tratament precum şi costul mediu pe pacient.

Articolul 17

(1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2015 se efectuează în ordine cronologică până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripţiilor medicale eliberate asiguraţilor şi acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoţesc, de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(2) Durata maximă de verificare a prescripţiilor medicale prevăzute la alin. (1) nu poate depăşi 30 de zile calendaristice de la data transmiterii/depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. În situaţia 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 maximum 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 neavizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori, fără a se depăşi termenul prevăzut la alin. (2).

Articolul 18

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală din partea asiguraţilor în tratamentul

ambulatoriu, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. 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
şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în
cadrul sistemului de asigurări de sănătate

I. Părţile contractante:

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- Societatea farmaceutică ....., reprezentată prin .....
- Farmaciile care funcţionează în structura unor unităţi sanitare din ambulatoriul de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti ....., reprezentată prin .....,

având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ..... e-mail ....., şi punctul în comuna ....., str. ..... nr. .....

II. Obiectul contractului:

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu:

Articolul 2

Furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale - DCI ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asiguraţii pe bază de prescripţie medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuţie personală, a reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare şi a reglementărilor Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Articolul 3

Furnizarea medicamentelor şi materialelor sanitare se va desfăşura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societăţii:

1. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;
2. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;
3. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....

NOTĂ:

Se vor menţiona şi oficinele locale de distribuţie cu informaţiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2015.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor:

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai cu furnizorii de medicamente autorizaţi şi evaluaţi conform reglementărilor legale în vigoare şi să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web, lista acestora, pentru informarea asiguraţilor; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, modificările intervenite în lista acestora, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;

b) Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti este obligată să încheie contracte cu cel puţin o farmacie în localităţile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel încât să se asigure accesul asiguraţilor la medicamente;

c) să nu deconteze contravaloarea prescripţiilor medicale care nu conţin datele obligatorii privind prescrierea şi eliberarea acestora;

d) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte contravaloarea medicamentelor eliberate cu şi fără contribuţie personală, la termenele prevăzute în anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

e) să urmărească lunar, în cadrul aceleiaşi DCI, raportul dintre consumul de medicamente, al căror preţ pe unitate terapeutică/preţ de vânzare cu amănuntul, după caz, este mai mic sau egal cu preţul de referinţă, şi total consum medicamente; să urmărească lunar evoluţia consumului de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu această destinaţie, 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 modificările şi completările ulterioare, cu privire la condiţiile de contractare şi la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative; să informeze furnizorii de medicamente cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, 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 Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

h) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de medicamente numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relaţiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate şi medicii respectivi; să publice şi să actualizeze în timp real, pe site-ul casei de asigurări de sănătate, numele şi codul de parafă ale medicilor care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

i) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

j) să publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se află în relaţie contractuală şi care participă la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii;

k) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de medicamente, prin publicare zilnică pe pagina web proprie, situaţia fondurilor lunare aprobate şi a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârşitul lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor;

l) să publice lunar, pe pagina web proprie, totalul plăţilor efectuate în luna anterioară către furnizorii de medicamente.

B. Obligaţiile furnizorilor de medicamente

Articolul 7

Furnizorii de medicamente au următoarele obligaţii:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de referinţă - pentru medicamentele din sublistele A, B şi C - secţiunile C1 şi C3;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiaşi DCI, cu prioritate la preţurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, în maximum 24 de ore pentru bolile acute şi subacute şi 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 deţină documente justificative privind intrările şi ieşirile pentru medicamentele şi materialele sanitare eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative, cu privire la tipul şi cantitatea medicamentelor şi materialelor sanitare achiziţionate şi evidenţiate în evidenta cantitativ valorică a farmaciei şi care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menţionate se sancţionează conform legii şi conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanţe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată şi cantitatea de medicamente/materiale sanitare achiziţionate conform facturilor, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de medicamente şi sesizează mai departe instituţiile abilitate de lege să efectueze controlul unităţii respective;

d) să verifice prescripţiile medicale off-line şi cele pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora şi a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale electronice off-line /prescripţiile cu regim special pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante, care nu conţin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripţie medicală, nu se eliberează de către farmacii şi nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

e) să verifice dacă au fost respectate condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, cu privire la eliberarea prescripţiilor medicale off-line şi cele pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante, referitoare la numărul de medicamente şi durata terapiei în funcţie de tipul de afecţiune: acut, subacut, cronic;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluaţi pentru îndeplinirea acestei obligaţii;

g) să întocmească şi să prezinte/transmită caselor de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare medicamente, în condiţiile stabilite în anexa 36 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu; sumele prevăzute în factură şi medicamentele şi materialele sanitare din documentele justificative însoţitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate în Sistemul unic integrat şi cu datele raportate conform prevederilor lit. v);

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400 /2014, cu modificările şi completările ulterioare; să nu elibereze medicamente pentru care este necesară prescripţie medicală, în lipsa acesteia;

i) să funcţioneze cu personal farmaceutic autorizat conform legii;

j) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum şi la modul de utilizare a acestora, conform prescripţiei medicale; să afişeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi puse la dispoziţie de către aceasta;

k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului, aprobat prin Decizia Adunării Generale Naţionale a Colegiului Farmaciştilor din România nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmaciştilor din România şi a Codului deontologic al farmacistului, în relaţiile cu asiguraţii;

l) să îşi stabilească programul de funcţionare, pe care să îl afişeze la loc vizibil în farmacie; să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii, şi să afişeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabileşte în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

m) să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripţia medicală a încheiat contract sau convenţie în vederea recunoaşterii prescripţiilor medicale eliberate, în situaţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

n) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea menţiunii "anulat", DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în faţa primitorului, pe exemplarele prescripţiei medicale electronice off-line şi pentru prescripţiile medicale eliberate pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

o) să nu elibereze medicamentele din prescripţiile medicale care şi-au încetat valabilitatea;

p) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii şi reclamaţii; condica va fi numerotată de farmacie şi ştampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relaţie contractuală;

q) să asigure prezenţa unui farmacist în farmacie şi la oficinele locale de distribuţie pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu şi fără contribuţie 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 condiţiilor de furnizare a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu;

ş) să elibereze medicamentele din sublistele A, B şi C - secţiunile C1 şi C3, ale căror preţuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu preţul de referinţă, cu excepţia cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preţ pe unitatea terapeutică mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe prescripţie - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiaşi DCI au preţul de vânzare cu amănuntul mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe prescripţie - componenta eliberare;

t) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

ţ) să anunţe casa de asigurări de sănătate cu privire la modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

u) să acorde medicamentele prevăzute în lista cu medicamente de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, şi să nu încaseze contribuţie personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăţi;

v) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situaţia medicamentelor eliberate de farmaciile care din motive justificate, cu avizul casei de asigurări de sănătate, nu eliberează medicamente în sistem on-line, precum şi situaţia substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope eliberate de farmacii, conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; nerespectarea nejustificată a acestei obligaţii pe perioada derulării contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

w) să nu elibereze prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum şi dacă nu au fost respectate condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, privind eliberarea prescripţiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente şi la durata terapiei,

x) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta este pus în funcţiune;

y) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor - farmacii/oficine, precum şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic: farmaciştii şi asistenţii de farmacie, care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia;

z) să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale eliberate de medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţiei Elveţia, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale eliberate de medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

aa) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţiei Elveţia, 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 şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, şi să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale facturile însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente şi după caz de documentele justificative/documente însoţitoare, preţurile de referinţă stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi.

ab) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de medicamente cu sau fără contribuţie personală acordate pe teritoriul României şi raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală facturile însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente şi după caz de documentele justificative/documente însoţitoare, preţurile de referinţă stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi;

ac) să nu elibereze medicamente cu sau fără contribuţie personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prin farmaciile/oficinele locale de distribuţie excluse din contractele încheiate între societăţile farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract sau prin alte puncte de desfacere medicamente, farmacii/oficine locale de distribuţie decât cele prevăzute în contract.

ad) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea eliberării medicamentelor, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripţiei; în situaţia în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul naţional de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/paşaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta card; medicamentele din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ae) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

af) să folosească sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; asumarea medicamentelor eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.

VI. Modalităţi de plată:

Articolul 8

(1) Decontarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate se face pe baza următoarelor documente: facturi şi borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă, componenta prescriere şi eliberare pentru prescripţiile electronice off-line, precum şi prescripţiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope şi stupefiante. În situaţia în care în acelaşi formular de prescripţie se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidenţă distinctă pentru fiecare sublistă. În borderouri vor fi evidenţiate distinct prescripţiile 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 experţi ai Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, a medicamentelor corespunzătoare DCI - urilor pentru care

au fost încheiate contracte cost-volum/cost volum-rezultat, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care se completează prescripţii distincte.

În vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, farmaciile transmit 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, facturile şi borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă şi înaintează componenta prescriere şi eliberare pentru prescripţiile electronice offline, precum şi prescripţiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope şi stupefiante.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, documentele mai sus menţionate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

(2) Casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate de farmaciile cu care se află în relaţie contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinaţie se defalchează pe trimestre şi luni.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiţionale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuţie personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinaţie, 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) Documentele necesare decontării respectiv, facturile şi borderourile centralizatoare în format electronic, se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronica extinsă a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Articolul 10

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficina locală de distribuţie, în mod nejustificat a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate şi prevăzut în contract, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare diminuarea cu 5% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie a obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a)-f), h), j)-x), z)-ab) şi ae) se aplică următoarele sancţiuni:

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 situaţii;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate printr-o declaraţie scrisă.

(3) Reţinerea sumei potrivit alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeaşi destinaţie.

Articolul 11

(1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2015 se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripţiilor medicale eliberate asiguraţilor şi acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoţesc, de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(2) Durata maximă de verificare a prescripţiilor medicale prevăzută la alin. (1) nu poate depăşi 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripţiile medicale on line se păstrează de către farmacii şi se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situaţia în care, urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare 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 obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Articolul 14

Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont şi în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăţilor.

VIII. Clauză specială:

Articolul 15

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului, şi care împiedică executarea acestuia este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

(3) Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(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 şi suspendarea contractului:

Articolul 16

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei de funcţionare;

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 înlocuieşte medicamentele şi/sau materialele sanitare neeliberate din prescripţia medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1); pentru societăţile farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societăţii a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuţie din structura societăţii farmaceutice; dacă la nivelul societăţii se aplică măsurile prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi farmacie/aceeaşi oficină locală de distribuţie din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoţite de borderouri şi prescripţii 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 obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. b) nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declaraţie scrisă;

i) în cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a medicamentelor şi/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

j) la prima constatare în cazul nerespectării obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. ac).

(2) Pentru societăţile farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. f), g), h) şi j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. f), g), r), ţ), v) şi ac) - se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la art. 16 alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea lor din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător.

Articolul 17

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a1) furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

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

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă şi motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 18 alin. (1) lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Prevederile referitoare la condiţiile de încetare se aplică societăţii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(4) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(5) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică, în condiţiile alin. (3) şi (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 acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(6) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, nominalizate în contract, prevederile alin. (3), (4) şi (5) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre acestea.

Articolul 18

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricărui act dintre documentele prevăzute la art. 140 alin. (1) lit. a)-d) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. y), cu condiţia 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 valabilităţii/revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii 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 contribuţiei 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 aceştia îşi achită obligaţiile 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 condiţiile de suspendare se aplică societăţii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

Articolul 19

În situaţia în care prin farmaciile/oficinele locale de distribuţie excluse din contractele încheiate între societăţile farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente cu sau fără contribuţie personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societăţile respective pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuţie cuprinse în aceste contracte.

Articolul 20

(1) Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a2, a3 şi lit. c) se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 şi lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa:

Articolul 21

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, sau la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi 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 părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului:

Articolul 22

(1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi care va constitui anexă la prezentul contract.

Articolul 23

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

Articolul 24

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

XII. Soluţionarea litigiilor:

Articolul 25

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

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze:

.....

.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie 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
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,	
.....	
Vizat Juridic, Contencios	
.....	

Anexa 38

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ PENTRU DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE ÎN AMBULATORIU

A. PACHET DE BAZĂ PENTRU DISPOZITIVELE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE 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 bucăţi)
		b) sac colector pentru urostomie	1 set*)/ lună (15 bucăţi)
2	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ileostomie (flanşă suport şi sac colector)	1 set**)/ lună
		b) pentru urostomie (flanşă suport şi sac colector)	1 set**)/ lună

Notă

*) În situaţii speciale, având în vedere starea fizică, ocupaţia, gradul de mobilitate a asiguratului şi complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate şi cu acordul asiguratului consemnat pe prescripţia medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât şi pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componenţa setului poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set.
**) Un set de referinţă este alcătuit din 4 flanşe suport şi 15 saci colectori. În situaţii speciale, la recomandarea medicului de specialitate, componenţa setului de referinţă poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set de referinţă.

2.1. Se va prescrie doar unul din sisteme A sau B, pentru fiecare tip.
2.2. Pentru asiguraţii cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie.
2.3. Pentru asiguraţii cu colostomie/ileostomie dublă la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.
3. Dispozitive pentru incontinenţă urinară

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Condom urinar		1 set*)/ lună (30 bucăţi)
2	Sac colector de urină***)		1 set*)/ lună (6 bucăţi)
3	Sonda Foley		1 set*)/ lună (4 bucăţi)
4	Cateter urinar**)		1 set*)/ lună (120 bucăţi)
5	Banda pentru incontinenţă urinară****)		

Notă

*) În situaţii speciale, având în vedere starea fizică, ocupaţia, gradul de mobilitate a asiguratului şi complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate şi cu acordul asiguratului consemnat pe prescripţia medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât şi pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componenţa setului poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set.
**) se recomandă numai pentru retenţie urinară, pentru vezică neurogenă şi obstrucţie canal uretral, la recomandarea medicului de specialitate neurologie, urologie, reabilitare medicală, oncologie şi chirurgie pediatrică.
***) Pentru asiguraţii cu urostomie cutanată dublă şi nefrostomie bilaterală, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de saci colectori de urină.
****) Se acordă o singură dată în viaţă.

4. Proteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parţială de picior	a) LISEFRANC	2 ani

		b) CHOPART	2 ani
		c) PIROGOFF	2 ani
2	Proteză pentru dezarticulaţia de gleznă	SYME	2 ani
3	Proteză de gambă	a) convenţională, din material plastic, cu contact total	2 ani
		b) geriatrică	2 ani
		c) modulară	4 ani
4	Proteză pentru dezarticulaţia 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
		g) modulară cu manşon de silicon	4 ani
6	Proteză de şold	a) convenţională	2 ani
		b) modulară	4 ani
7	Proteză parţială de bazin hemipelvectomie	a) convenţională	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 şi 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 acelaşi tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.
4.4 Proteza de coapsă modulară cu manşon de silicon se acordă pentru amputaţie ca urmare a complicaţiilor diabetului zaharat şi ca urmare a afecţiunilor neoplazice la nivelul membrului inferior, la recomandarea medicului de specialitate ortopedie şi traumatologie şi ortopedie pediatrică.
NOTĂ: Preţul de referinţă pentru proteza de coapsă modulară cu manşon de silicon se va stabili cu îndeplinirea obligaţiei furnizorilor, prevăzută la art. 153 lit. f) din anexa nr. 2 la HG nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.
5. Proteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parţială de mână	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională	2 ani
2	Proteză de dezarticulaţie de încheietură a mâinii	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată	

		prin cablu	2 ani
		d) funcţională acţionată mioelectric	8 ani
3	Proteză de antebraţ	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie pasivă	8 ani
		d) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie activă	8 ani
4	Proteză de dezarticulaţie de cot	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
5	Proteză de braţ	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
6	Proteză de dezarticulaţie de umăr	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
7	Proteză pentru amputaţie inter-scapulotoracică	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani

C.I.C.E. Piatra Neamţ

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 acelaşi tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.
NOTĂ: Preţul de referinţă se va stabili cu îndeplinirea obligaţiei furnizorilor, prevăzută la art. 153 lit. f) din anexa nr. 2 la HG nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.
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 -	a) fixă	12 luni

	mână		
		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 acelaşi 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) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani
5	Orteze de şold		12 luni
6	Orteze de şold - genunchi		12 luni
7	Orteze de şold - genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani
		b) Hessing (aparat)	2 ani
8	Orteze pentru luxaţii de şold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*
		b) de abducţie	*
		c) Dr. Fettwies	*
		d) Dr. Behrens	*
		e) Becker	*
		f) Dr. Bernau	*
9	Orteze corectoare de statică a piciorului	a) susţinători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni
		b) susţinători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni

		c) Pes Var/Valg	12 luni

6.3.1. Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) şi c) se prescriu numai perechi.
6.3.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului 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 acelaşi tip (stânga-dreapta), cu excepţia 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. Încălţăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Ghete	a) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) amputaţii de metatars şi falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) amputaţii de metatars şi falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări până 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) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) amputaţii de metatars şi falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) amputaţii de metatars şi falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) scurtări până 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 încălţăminte 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 deficienţe 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	

Notă

*) Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puţin 6 luni.

9. Echipamente pentru oxigenoterapie şi ventilaţie 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 ventilaţie noninvazivă***)	aparat de ventilaţie	

Notă

*) Aparatele se acordă numai prin închiriere.
**) Aparatele de administrare continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere pentru următoarele afecţiuni:
Oxigenoterapie de lungă durată - durata administrării cotidiene este >/= 15 ore/zi
Indicaţii:
a. pacienţi cu insuficienţă respiratorie cronică, cu hipoxie severă/gravă în repaos pentru:
a.1 BPOC - cu una din condiţiile:
- PaO2 < 55 mmHG (sau Sat O2 </= 88%), măsurată la distanţă de un episod acut
- PaO2 55 - 59 mmHG (sau SatO2 < 90%) măsurată la distanţă de un episod acut, şi/sau semne clinice de cord pulmonar cronic şi/sau semne clinice de hipertensiune pulmonară, şi/sau poliglobulie (Ht > 55%)
- VEMS postbronhodilatator < 50% din valoarea predictibilă
Durata prescripţiei - din 3 în 3 luni, în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap şi de 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav.
Medici curanţi care fac recomandarea:
- pneumologi care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale
a.2 alte afecţiuni cu insuficienţă respiratorie cronică obstructivă sau restrictivă, cu una din condiţiile:
- pentru sindromul obstructiv PaO2 < 60 mmHG (sau sat O2 < 90%) şi/sau semne clinice de cord pulmonar cronic, şi/sau semne clinice de hipertensiune pulmonară, şi/sau poliglobulie (Ht > 55%)
- pentru sindromul restrictiv, capacitatea pulmonară totală </= 60% din valoarea teoretică normală şi semne clinice de hipoxie
Durata prescripţiei - din 3 în 3 luni în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii
Medici curanţi care fac recomandarea:
- pneumologi care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale, cardiologi, oncologi.
***) Aparatele de ventilaţie noninvazivă se acordă numai prin închiriere pentru următoarele afecţiuni:

- 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 şi boala neuromusculară, alături de simptomele de insuficienţă respiratorie şi alterarea calităţii vieţii, trebuie îndeplinit cel puţin 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 creşterea 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 insuficienţă respiratorie şi alterarea calităţii vieţii, la pacient trebuie îndeplinit cel puţin 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 şi creşterea 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 şi cel puţin 2 exacerbări acute cu acidoză respiratorie care au necesitat spitalizare în ultimele 12 luni
- ca urmare directă a unei exacerbări acute care necesită ventilaţie invazivă sau neinvazivă, dacă valoarea PaCO2 > 55 mm Hg persistă chiar şi după stabilizarea stării.

Durata prescripţiei - din 3 în 3 luni în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii.
Medici curanţi care fac recomandarea:
- medic pneumolog cu atestat în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii Somnologie (nivel I şi II) şi în Ventilaţie non-invazivă (nivel III) care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.
- medicului cu specialitatea anestezie şi terapie intensivă cu atestat în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii nivel III (ventilaţie non-invazivă) care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

---

10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli

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*)		două luni
2.	Nebulizator **)	Nebulizator cu compresor**)	5 ani

Notă

---

*) Se acordă copiilor cu vârsta până la 5 ani cu bronşită astmatiformă sau astm bronşic, la recomandarea medicului pediatru. Dispozitivul include şi sistemul de eliberare automată.
**) Se acordă copiilor cu mucoviscidoză cu vârsta până la 18 ani, la recomandarea medicului pneumolog şi pediatru;

NOTA: Preţurile de referinţă se vor stabili cu îndeplinirea obligaţiei furnizorilor, prevăzută la art. 153 lit. f) din anexa nr. 2 la HG nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.
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	Cărjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani
		c) cu sprijin pe antebraţ 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 perioadă determinată*)	3 ani
		a) cu antrenare manuală	
		b) triciclu pentru copii	

Notă

*) se acordă prin închiriere.

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 şi 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 şi accesorii (sutien)		3 ani

Se acordă pentru femei care au suferit intervenţii chirurgicale - mastectomie totală; se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta), după caz; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

Medici curanţi care fac recomandarea: chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă şi oncologie medicală.

NOTA: Preţul de referinţă se va stabili cu îndeplinirea obligaţiei furnizorilor, prevăzută la art. 153 lit. f) din anexa nr. 2 la HG nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

B. Pachetul de servicii pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului economic european /Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială şi pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii

1. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 se acordă dispozitive medicale în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele prevăzute la lit. A din prezenta anexă.

2. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, se acordă dispozitive medicale în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

Anexa 39

MODALITATEA
de prescriere, procurare
şi decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor
deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu

Articolul 1

(1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu se acordă pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza unei prescripţii medicale sub forma unei recomandări medicale tipizate conform modelului prevăzut în anexa nr. 39 D la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare, eliberate de medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, în condiţiile prezentelor norme.

(2) Prescripţia medicală se eliberează în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medic, un exemplar însoţeşte cererea şi se depune la casa de asigurări de sănătate şi 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. Prescripţia medicală trebuie să conţină denumirea şi tipul dispozitivului medical din Lista dispozitivelor medicale din anexa nr. 38 la ordin. Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripţia medicală se află în relaţie contractuală şi numărul contractului. Prescripţia medicală va fi întocmită în limita competenţei medicului prescriptor.

(3) Prescripţia medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoţită de audiograma tonală liminară şi audiograma vocală, eliberate de un furnizor autorizat şi evaluat care se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/ codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate.

(4) Prescripţia medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoţită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat şi evaluat, aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenţie chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situaţie medicul care face recomandarea va menţiona pe prescripţia medicală modul de protezare şi tipul protezei definitive. În situaţii speciale, pentru acelaşi segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare care să cuprindă atât proteză provizorie cât şi proteză definitivă sau direct proteză definitivă.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii în cazul pacienţilor cu stome permanente şi pentru dispozitive pentru incontinenţă/retenţie urinară, în cazul pacienţilor cu incontinenţă urinară permanentă, medicul va menţiona pe prescripţia medicală "stomă permanentă" respectiv "incontinenţă urinară permanentă".

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar, recomandarea se poate face şi de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate unde este în evidenţă şi asiguratul, în baza scrisorii medicale/bilet de ieşire din spital transmisă de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu în acest caz şi numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital, se află în relaţie contractuală şi numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal; biletul de ieşire din spital va conţine obligatoriu şi explicit toate elementele prevăzute în modelul de scrisoare medicală.

(8) Prescripţiile medicale pentru echipamentele pentru oxigenoterapie şi ventilaţie noninvazivă trebuie să fie însoţite de documente medicale din care să rezulte îndeplinirea condiţiilor pentru recomandarea acestor dispozitive medicale, condiţii prevăzute la punctul 9 din anexa nr. 38 la ordin.

(9) În prescripţia medicală se va menţiona obligatoriu că deficienţa organică sau funcţională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv. În acest sens, se solicită o declaraţie a asiguratului pe propria răspundere din care să rezulte că deficienţa organică sau funcţională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv; declaraţia rămâne la medicul care întocmeşte prescripţia.

Articolul 2

(1) Pentru obţinerea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii de familie (părinte, soţ/soţie, 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 evidenţele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP/cod unic de asigurare, prescripţia medicală pentru dispozitivul medical, declaraţia pe propria răspundere din care să rezulte că deficienţa organică sau funcţională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv şi certificatul de încadrare în grad şi tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, după caz. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se ataşează prescripţia medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, şi certificatul

de naştere (în copie), cu codul numeric personal - CNP/cod unic de asigurare. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(2) Prescripţiile medicale îşi pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescripţiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat (reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizor).

(3) În situaţia pacienţilor cu stome permanente pentru obţinerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripţia medicală pe care este completată menţiunea "stomă permanentă" se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată pentru un interval de 12 luni consecutive. În situaţia pacienţilor cu incontinenţă/retenţie urinară permanentă pentru obţinerea dispozitivelor de incontinenţă urinară, prescripţia medicală pe care este completată menţiunea incontinenţă/retenţie urinară permanentă se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată, pentru un interval de 12 luni consecutive.

(4) Prescripţia medicală pentru inhalatorul salin particule uscate de sare cu flux de aer sau oxigen se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate, o singură dată pentru un interval de 6 luni consecutive.

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 şi motivat, cu indicarea temeiului legal.

(2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării şi, respectiv, emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinaţie. Decizia se ridică de la casa de asigurări de sănătate de către beneficiar, unul din membrii de familie (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, sau se expediază prin poştă în maximum 2 zile de la emitere în cazul în care asiguratul solicită prin cerere. În situaţia în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depăşirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate pentru asiguraţi, pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinaţie permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poştă, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripţiei medicale - numai pentru situaţiile în care se impune revizuirea prescripţiei. Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării unui dispozitiv medical este prevăzut în anexa nr. 39 A la ordin. Casele de asigurări de sănătate întocmesc un centralizator zilnic al deciziilor emise care va conţine în mod obligatoriu semnăturile conducerii, viza juridică şi viza de control financiar preventiv, pe fiecare pagină.

(3) Criteriile de prioritate precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate şi de nivelul de urgenţă stabilite de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administraţie şi se aprobă prin decizie de către preşedintele-director general şi se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical şi se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poştă sau care se ridica direct de la casa de asigurări de sănătate şi un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

(5) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii şi incontinenţă urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, care nu poate fi mai mare de 90 /91/92 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii şi incontinenţă urinară este însoţită de o anexă cu 3 taloane, corespunzător perioadelor lunare, pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 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 acelaşi tip de proteză pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie şi proteza definitivă). Decizia pentru proteza definitivă, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta a beneficiat de proteza provizorie.

(7) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraţilor pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere, iar echipamentele pentru oxigenoterapie şi ventilaţie noninvazivă se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivelor medicale. Perioada de închiriere nu poate depăşi data la care încetează valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate şi furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acordă pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive şi numărul acestora pe fiecare tip.

(8) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, respectiv maximum 90/91/92 de zile calendaristice sau maximum 12 luni consecutive, după caz. Pentru aparatele de ventilaţie noninvazivă decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală şi nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante, aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen şi ventilaţie noninvazivă, este însoţită de o anexă cu 3 sau 12 taloane, după caz, corespunzător perioadelor lunare, pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 39 D 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 excepţia situaţiilor prevăzute la alin. (5) şi (8). În cazul dispozitivului efectuat la comandă, furnizorul de dispozitive medicale înştiinţează 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, soţ/soţie, 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 evaluaţi, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate şi prescripţia medicală. Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care îşi desfăşoară activitatea medicul prescriptor.

(2) Pentru pacienţii cu stome permanente care în intervalul de 12 luni consecutive, 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 prescripţia medicală cu menţiunea "stomă permanentă", este necesară obţinerea unei alte prescripţii medicale cu menţiunea "stomă permanentă" care să însoţească decizia emisă de casa de asigurări de sănătate. Această prevedere se aplică în mod corespunzător şi pacienţilor cu incontinenţă/retenţie urinară permanentă.

(3) În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinenţă urinară, fotolii rulante şi echipamente pentru oxigenoterapie şi ventilaţie noninvazivă decizia va fi însoţită de talonul corespunzător perioadei lunare aferente, urmând ca pentru fiecare perioadă lunară să predea aceluiaşi furnizor şi celelalte taloane.

Articolul 5

Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficienţelor organice sau funcţionale în ambulatoriu, prevăzută în anexa nr. 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 preţului de referinţă 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) În vederea decontării furnizorul de dispozitive medicale depune la casa de asigurări de sănătate, facturile însoţite de:

- copia certificatului de garanţie,
- declaraţie 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 şi evaluat.

Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate.

- taloanele corespunzătoare perioadelor lunare, în original, pentru dispozitivele de protezare stomii, incontinenţă urinară, fotolii rulante şi echipamente pentru oxigenoterapie şi ventilaţie noninvazivă, după caz,

- dovada verificării tehnice, după caz, în cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante şi echipamente pentru oxigenoterapie şi ventilaţie noninvazivă.
- confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poştă, curierat, transport propriu ori închiriat şi primirea la domiciliu, se face sub semnătura beneficiarului sau a unui membru al familiei acestuia - părinte, soţ/soţie, fiu/fiică, împuternicit legal, reprezentant legal - cu specificarea domiciliului la care s-a făcut livrarea, a actului de identitate şi a codului numeric personal/codul unic de asigurare ale persoanei care semnează de primire, situaţii în care nu este necesară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate;
În situaţia în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar, confirmarea primirii dispozitivului medical în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul naţional de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului / adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul.
În situaţia în care ridicarea dispozitivului medical de la furnizor se face de către un membru al familiei beneficiarului - părinte, soţ/soţie, fiu/fiică, împuternicit legal, reprezentant legal -, se solicită cardul naţional de asigurări sociale de sănătate, sau cartea de identitate/buletinul de identitate/paşaportul acestuia;

(4) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior şi/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, 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, soţ/soţie, 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 intervenţie chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru acelaşi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive. Prin excepţie, în situaţia în care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat şi evaluat aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; decontarea protezei definitive se face în aceleaşi condiţii, respectiv până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei.

(6) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, 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 şi vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte şi după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, 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 obligaţia să ţină evidenţe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea dispozitivelor medicale acordate beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004, respectiv pacienţilor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

Articolul 7

(1) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligaţia ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunţe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează parţial suma de închiriere a dispozitivului medical corespunzătoare perioadei lunare, proporţional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical, raportat la 30 de zile calendaristice.

Articolul 8

(1) Certificatul de garanţie 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 fabricaţiei şi, după caz, data expirării; termenul de garanţie.

(2) În cadrul termenului de garanţie asiguraţii pot sesiza furnizorul în legătură cu eventualele deficienţe 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 şi suportată de către furnizor.

Anexa 39 A

- model -

Casa de Asigurări de Sănătate .....
Decizia nr. ..... din data .....
Preşedintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate .....
Având în vedere:
- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- prevederile H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare precum şi prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare.
Văzând cererea nr. ..... înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în data de ..... depusă de beneficiar, nume şi prenume ..... sau de unul din membrii de familie (părinte, soţ/soţie, fiu /fiică), 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 ....., prescripţia medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale eliberată de medicul de specialitate dr. ....., din unitatea sanitară ....., declaraţia pe proprie răspundere din care să rezulte că deficienţa organică sau funcţională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;
În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea preşedintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. .....
DECIDE

Articolul 1

Se aprobă procurarea/închirierea următorului dispozitiv medical destinat recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale
.....
.....
pe o perioadă de ..... termen de înlocuire de ..... pentru numitul ..... .

Articolul 2

Preţul de referinţă/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.
Preşedinte - Director General,
.....
DECIZIE VERSO
LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE EVALUAŢI AFLAŢI ÎN RELAŢIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ..... CARE FURNIZEAZĂ/ÎNCHIRIAZĂ DISPOZITIVUL MEDICAL ..... TIP .....

Furnizor de dispozitive medicale	Adresă completă sediu social/ lucrativ (adresă, telefon, fax, pagină web)	Adresă completă punct de lucru
1		

2		
...		

Anexa 39 B

- model -

Anexa 1

LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII
ŞI INCONTINENŢĂ URINARĂ NR. ...../.....

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- CAS va ştampila rubrica aferentă fiecărei perioade lunare pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul corespunzător perioadei lunare aferente, urmând ca pentru fiecare perioadă lunară să predea aceluiaşi furnizor şi celelalte taloane.
- În cazul expedierii prin poştă a talonului, coloana C6 nu se completează, luându-se în considerare documentele ce confirmă expedierea prin poştă şi primirea la domiciliu;

Nr. talon	Perioada zi/luna/an	Nume şi prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data şi 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 ŞI A ECHIPAMENTELOR
PENTRU OXIGENOTERAPIE ŞI VENTILAŢIE NONINVAZIVĂ
NR. ...../.....

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- CAS va ştampila rubrica aferentă fiecărei perioade lunare pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul corespunzător perioadei lunare aferente, urmând ca pentru fiecare perioadă lunară să predea aceluiaşi furnizor şi celelalte taloane.

PENTRU FOTOLII RULANTE

Nr. talon	Perioada zi/luna/an	Nume şi prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data şi semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

PENTRU ECHIPAMENTE PENTRU OXIGENOTERAPIE

A. ACORDATE PENTRU 12 LUNI CONSECUTIVE

Nr. talon	Perioada zi/luna/an	Nume şi prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data şi semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
12					
11					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					

B. ACORDATE PENTRU 90/91/92 DE ZILE

Nr. talon	Perioada zi/luna/an	Nume şi prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data şi semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					

C.I.C.E.F. Piatra Neamţ

2					
1					

PENTRU ECHIPAMENTE DE VENTILAŢIE NONINVAZIVĂ

Nr. talon	Perioada zi/luna/an	Nume şi prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data	Data şi semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

Anexa 39 D

- model -

PRESCRIPŢIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE

Nr. ...../.....*)

Notă

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultaţii/foaie de observaţie

Unitatea medicală ..... [] MF
Adresa ..... [] Ambulatoriu
[] Spital

Stat membru: ROMÂNIA

CUI .....

Nr. contract ...../(pentru medicul care întocmeşte prescripţia medicală - recomandarea)..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ..... se completează cu datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital (numai pentru situaţiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmeşte prescripţie 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 ţară)
- e-mail medic prescriptor .....

1. Numele şi prenumele asiguratului ...../(se va completa în întregime numele şi prenumele asiguratului).....
2. Data Naşterii .....
3. Domiciliul .....
4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului .....
5. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate: .....
6. Deficienţa organică sau funcţională

- nu este ca urmare a unei boli profesionale [] (se bifează căsuţa)

- nu este ca urmare a unui accident de muncă [] (se bifează căsuţa)
ori sportiv.

7. Pentru stomii şi incontinenţă urinară se bifează una din căsuţele:
[] permanentă
[] temporară
8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie se bifează una dintre căsuţele:
- cu certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat []
- fără certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat []
9. Denumirea şi tipul dispozitivului medical recomandat:
(din anexa 38 la ordin**)

Notă

**) Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare

.....
.....
Ştampila furnizorului de servicii medicale
Data emiterii prescripţiei .....
Semnătura (olografă sau electronică, după caz) şi parafa medicului
.....
Recomandarea se eliberează numai dacă deficienţa organică sau funcţională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

Anexa 40

- model -
CONTRACT
de furnizare de dispozitive medicale
destinate recuperării unor deficienţe organice sau
funcţionale în ambulatoriu
I. Părţile contractante
Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....
şi
Furnizorul de dispozitive medicale ....., prin reprezentantul legal ..... sau împuternicitul legal al acestuia ....., după caz,
- având sediul social în localitatea ....., judeţul/sectorul ..... str. ..... nr. ....., telefon ....., fax .....,
- se va menţiona şi punctul/punctele de lucru din judeţ cu informaţiile solicitate anterior, după caz.
II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.
III. Dispozitive medicale furnizate

Articolul 2

Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi constau în:

a) .....;

b) .....;

c) ..... .

Lista de dispozitive medicale se va detalia pe categorii, denumiri şi tipuri.

IV. Durata contractului

Articolul 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2015.

Articolul 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale autorizaţi şi evaluaţi, astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor prezentului contract-cadru, şi 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 şi punctul de lucru, pentru informarea asiguratului; să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiţionale, pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora şi a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;

b) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 10 alin. (1) din H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de dispozitive medicale asupra condiţiilor de contractare, precum şi în cazul modificărilor apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative; să informeze furnizorii de dispozitive medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate.

c) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale şi în limita bugetului aprobat; modelul deciziei pentru aprobarea procurării/închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în anexa nr. 39 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;

d) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical preţul de referinţă/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical şi 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 relaţii contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ şi punctul de lucru, pentru informarea asiguratului;

e) să respecte dreptul asiguratului de a-şi 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 şi a documentelor obligatorii care le însoţesc. Validarea documentelor justificative se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor;

g) să verifice dacă emitentul prescripţiei medicale se află în relaţii contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înţelege furnizorul de servicii medicale, şi nu cel de dispozitive medicale;

h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii 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 Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

j) să publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţia dispozitive medicale în ambulatoriu, precum şi orice modificare a acestuia pe parcursul anului.

k) să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiţionale, pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora şi a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale.

B. Obligaţiile furnizorului de dispozitive medicale

Articolul 6

Furnizorul de dispozitive medicale are următoarele obligaţii:

a) să respecte prevederile legale privind condiţiile de introducere pe piaţă, de comercializare şi de punere în funcţiune a dispozitivelor medicale;

b) să livreze dispozitivul medical în conformitate cu recomandarea medicului şi să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesită service;

c) să livreze dispozitivele medicale şi să desfăşoare activităţi de protezare numai la sediul social lucrativ sau la punctul/punctele de lucru pentru care deţin dovada de evaluare;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea şi buna funcţionare 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 condiţiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă şi predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării preţurilor de referinţă şi a sumelor de închiriere, preţurile de vânzare cu amănuntul şi sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale care trebuie să fie aceleaşi cu cele prevăzute la art. 152 alin. (1) lit. g) din H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare, însoţite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătăţii şi/sau de declaraţiile de conformitate CE emise de producători, după caz;

g) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h) să întocmească şi să depună la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale, facturile însoţite de documentele necesare în vederea decontării dispozitivelor medicale în ambulatoriu, conform şi în condiţiile stabilite în anexa nr. 39 Ordinul ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr...../2015 pentru aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anul 2015 a HG nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare. 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 îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care îşi desfăşoară activitatea medicul prescriptor;

i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

j) să anunţe 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 situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea 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 evaluaţi pentru îndeplinirea acestei obligaţii;

l) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii 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 şi dovada asigurării de răspundere civilă pentru furnizor - atât pentru sediul social lucrativ, cât şi pentru punctele de lucru, precum şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia;

o) să asigure acordarea dispozitivelor medicale, în baza prescripţiei medicale eliberate de medicii de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, beneficiarilor formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să asigure, după caz, acordarea dispozitivelor medicale, în baza prescripţiei medicale eliberate de medicii de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

p) să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului

European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, şi să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale facturile, însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale şi după caz de documentele justificative/documentele însoţitoare, la preţurile de referinţă/sumele de închiriere stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi;

q) să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, şi să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală facturile, însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale şi după caz de documentele justificative/documentele însoţitoare, la preţurile de referinţă /sumele de închiriere stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi;

r) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document/ adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea eliberării dispozitivelor medicale, cu excepţia situaţiilor prevăzute în anexa nr. 39 la Ordinul ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr..... /2015 pentru aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anul 2015 a HG nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare; dispozitivele medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

s) să anunţe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract, recuperarea de la asigurat a dispozitivului medical după perioada de închiriere la termen/înainte de termen.

ş) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Dispozitivele medicale eliberate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul eliberării, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea. Dispozitivele medicale din pachetul de bază eliberate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea eliberării dispozitivelor medicale.

VI. Modalităţi 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 şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Articolul 8

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât preţul de referinţă. Dacă preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât preţul de referinţă, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează chitanţă sau bon fiscal sau, la cererea asiguratului, şi factură.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condiţiile prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care pentru un dispozitiv medical preţurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât preţul de referinţă al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la preţul cel mai mic de vânzare cu amănuntul. În situaţia în care pentru un dispozitiv medical, preţurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât preţul de referinţă, casele de asigurări de sănătate decontează integral preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât preţul de referinţă respectiv preţul de referinţă, dacă preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât preţul de referinţă.

(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 preşedintelui Casei Naţionale 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 preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează chitanţă sau bon fiscal sau, la cererea asiguratului, şi factură.

(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condiţiile prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere a acestui dispozitiv medical, stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere cea mai mică. În situaţia în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează parţial suma de închiriere a dispozitivului medical corespunzător perioadei lunare, proporţional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical, raportat la 30 de zile calendaristice.

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 preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor.

Factura emisă de furnizor este însoţită după caz, de:

- copia certificatului de garanţie,
- declaraţie 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 şi evaluat.

Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate.

- taloanele corespunzătoare perioadelor lunare, în original, pentru dispozitivele de protezare stomii, incontinenţă urinară, fotolii rulante şi aparate pentru administrare continuă cu oxigen, după caz,
- dovada verificării tehnice, după caz, în cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante şi echipamente pentru oxigenoterapie şi ventilaţie noninvazivă.
- confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poştă, curierat, transport propriu ori închiriat şi primirea la domiciliu, se face sub semnătura beneficiarului sau a unui membru al familiei acestuia - părinte, soţ/soţie, fiu/fiică, împuternicit legal, reprezentant legal - cu specificarea domiciliului la care s-a făcut livrarea, a actului de identitate şi a codului numeric personal/codul unic de asigurare ale persoanei care semnează de primire, situaţii pentru în care nu este necesară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate;

În situaţia în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar, confirmarea primirii dispozitivului medical în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul naţional de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului / adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul.

În situaţia în care, ridicarea dispozitivului medical de la furnizor se face de către un membru al familiei beneficiarului - părinte, soţ/soţie, fiu/fiică, împuternicit legal, reprezentant legal -, se solicită cardul naţional de asigurări sociale de sănătate, sau cartea de identitate/buletinul de identitate/paşaportul acestuia.

(2) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior şi/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, 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, soţ/soţie, 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 intervenţie chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru acelaşi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive. Prin excepţie, în situaţia în care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat şi evaluat aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; decontarea protezei definitive se face în aceleaşi condiţii, respectiv până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei.

(4) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, 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 şi vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte şi după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, 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 obligaţia ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunţe 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 şi asigurarea accesului asiguraţilor la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asiguraţi, pe categorii de dispozitive medicale.

(8) Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate şi de nivelul de urgenţă, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administraţie, se aprobă prin decizie de către preşedintele-director general şi se publică pe pagina web a 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 obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

VIII. Clauză specială

Articolul 13

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului, şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

IX. Încetarea, rezilierea şi 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 situaţii:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcţionare 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 deţine certificat de înregistrare a dispozitivului medical, emis de Ministerul Sănătăţii, şi/sau declaraţia de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) la prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 18 alin. (1);

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative şi pe cele de evidenţă financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcţiune şi service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind decontarea din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

Articolul 15

(1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situaţii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a1) încetarea, prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, a furnizorului de dispozitive medicale;

a2) încetarea definitivă a activităţii caselor de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă şi motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 16 lit. d), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului şi a retragerii avizului de funcţionare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (2) şi (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 acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

Articolul 16

Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă începând cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

b) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

c) nerespectarea de către furnizori a termenelor de plată a contribuţiei 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 aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

d) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 152 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 6 lit. n), cu condiţia 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 valabilităţii/retragerii/revocării acestuia.

Articolul 17

Situaţiile prevăzute la art. 14 şi art. 15 alin. (1) lit. a) şi c) se constată din oficiu de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţia prevăzută de art. 15 alin. (1) lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

Articolul 18

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 6 lit. a) - e), g) - m), o) - q) şi s) 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 situaţii;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(2) Reţinerea sumei potrivit alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeaşi destinaţie.

X. Corespondenţa

Articolul 19

Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi 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 părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

Articolul 20

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se va face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi care va constitui anexă la prezentul contract.

Articolul 21

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

Articolul 22

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

XII. Soluţionarea litigiilor

Articolul 23

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

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze:

.....

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	

Anexa 41

- model -

CONVENŢIE*)

privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală

I. Părţile convenţiei

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., tel./fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general ....., şi

Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ..... cod parafă ..... Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România/ Colegiului Medicilor Dentişti din România nr. .../..... din cabinetul medical/unitatea sanitară ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon .....

II. Obiectul convenţiei

Articolul 1

Obiectul prezentei convenţii îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, în vederea recunoaşterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Articolul 2

(1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

a) medicii din cabinetele medicale şcolare/studenţeşti numai pentru elevi, respectiv studenţi; cu domiciliul în altă localitate decât cea în care se află unitatea de învăţământ respectivă;

b) medicii care acordă asistenţă medicală din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Dizabilităţi; numai pentru persoanele instituţionalizate şi numai în condiţiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

c) medicii care acordă asistenţă medicală din serviciile publice specializate sau organismele private autorizate numai pentru copiii încredinţaţi ori daţi în plasament şi numai în condiţiile în care aceştia nu sunt înscrişi pe lista unui medic de familie;

d) medicii care acordă asistenţă medicală din alte instituţii de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituţionalizate şi numai în condiţiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

e) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

f) medicii dentişti şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti numai pentru elevi, respectiv studenţi, medicii dentişti, dentişti din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate;

(2) Eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

a) medicii/medicii dentişti din cabinetele şcolare şi studenţeşti;

b) medicii care acordă asistenţă medicală din căminele de bătrâni;

c) medicii care acordă asistenţă medicală din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Dizabilităţi;

d) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

e) medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice se face de către:

a) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

b) medicii dentişti din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pentru elevi, respectiv studenţi şi medicii dentişti, dentişti din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retro-alveolară şi panoramică,

(4) Prin medicii/medicii dentişti din cabinete şcolare şi studenţeşti menţionaţi la alin. (1) - (3) se înţelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unităţi de învăţământ superior, care sunt finanţate de la bugetul de stat.

III. Prezenta convenţie este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2015.

IV. Obligaţiile părţilor

Articolul 3

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să informeze medicii cu care încheie convenţii asupra condiţiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţiile medicale paraclinice şi/sau prescripţii medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, în tratamentul ambulatoriu;

b) să controleze medicii privind modul de desfăşurare a activităţii ce face obiectul prezentei convenţii;

c) să ţină evidenţe distincte ale prescripţiilor medicale electronice /prescripţiilor cu regim special, eliberate de aceştia;

d) să monitorizeze zilnic consumul de medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe medic şi 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 convenţii;

f) să monitorizeze lunar investigaţiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenţii.

Articolul 4

Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau care eliberează prescripţii medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală au următoarele obligaţii:

a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea

prescripţiilor medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

c) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei;

d) să pună la dispoziţie 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 investigaţii medicale paraclinice şi/sau a eliberării prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

f) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate; să furnizeze tratamentul adecvat, cu respectarea prevederilor legale în vigoare şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanţă cu diagnosticul, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

g) să prescrie medicamente în următoarele condiţii:

- medicii din cabinetele medicale şcolare şi studenţeşti prescriu medicamente în caz de urgenţă medicală, numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile, numai pentru elevii şi studenţii care urmează o formă de învăţământ în altă localitate decât cea de reşedinţă; medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul şi tratamentul prescris;
- medicii de medicină dentară şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pot prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile şi numai ca o consecinţă a actului medical propriu;
- medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie;
- medicii din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Dizabilităţi pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, în situaţia în care persoanele instituţionalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie;
- medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare, conform specializării şi numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru perioadele prevăzute la art. 145 alin. (7) din HG nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;
- medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală, numai pentru afecţiuni 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 şi paraclinice şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fond; să completeze formularele electronice de bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice şi paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

i) să utilizeze prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare;

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

k) să solicite/să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

Articolul 5

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 4 lit. j), se recuperează o sumă egală cu contravaloarea prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise şi eliberate.

(2) Recuperarea sumelor prevăzute la alin. (1) şi la art. 4 lit. h) se face prin plată directă sau prin executare silită atât pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cât şi pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(4) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) şi (2) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (1) nerespectarea obligaţiei de la art. 4 lit. j), se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line.

V. Încetarea şi rezilierea convenţiei

Articolul 6

Prezenta convenţie se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentişti din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberează prescripţii medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 4 lit. a) - h) asumate prin prezenta convenţie, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

c) neanunţarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

d) refuzul medicului de a pune la dispoziţie organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, potrivit prezentei convenţii, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

e) constatarea de prescrieri de medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguraţilor în tratamentul ambulatoriu, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare în domeniul sănătăţii, inclusiv prescrieri fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul.

Articolul 7

Prezenta convenţie încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

a1) medicul nu mai desfăşoară activitate în cabinetul medical/unitatea sanitară din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie;

a2) încetare prin desfiinţare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul care a încheiat convenţia;

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

a4) a survenit decesul medicului;

a5) medicul renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentişti din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a convenţiei 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 doreşte încetarea convenţiei.

Articolul 8

Situaţiile prevăzute la art. 6 şi la art. 7 lit. a) subpct. a2), a4) şi a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.
Situaţia prevăzută la art. 7 lit. a) subcpt. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.
VI. Corespondenţa

Articolul 9

Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.
Fiecare parte din convenţie este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenţie, să notifice celeilalte părţi schimbarea survenită.
VII. Modificarea convenţiei

Articolul 10

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.
Prezenta convenţie a fost încheiată astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenţie.

```
Casa de Asigurări de Sănătate
Preşedinte - director general,          Medic
.............................          .....................
Vizat
Juridic, contencios
```

Notă

---

*) Modelul de convenţie se va adapta în funcţie de obiectul convenţiei, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală.
Pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pentru medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor de urgenţă ce sunt finanţate din bugetul de stat, modelul de convenţie se va adapta în sensul încheierii convenţiei între casa de asigurări de sănătate şi unitatea sanitară în care îşi desfăşoară activitatea medicii din structurile anterior menţionate.
Pentru medicii din cabinetele medicale şcolare şi studenţeşti finanţate de la bugetul de stat, convenţia se încheie între casa de asigurări de sănătate şi medicii respectivi.
Medicii menţionaţi în prezenta anexă încheie convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care îşi desfăşoară activitatea medicii respectivi, cu excepţia dentiştilor/medicilor dentişti din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenţie cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.

Anexa 42

- model -
CONVENŢIE
privind eliberarea biletelor de internare
I. PĂRŢILE CONVENŢIEI
Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte-director general .....,
şi
- Unitatea medico-socială ....., reprezentată prin ....., cu autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ..... din ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon .....
- Unitatea sanitară cu paturi ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentat prin ....., având actul de înfiinţare sau de organizare nr. ....., autorizaţia sanitară de funcţionare nr. ....., dovada de evaluare nr. ....., codul unic de înregistrare ..... şi contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca ....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru

furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, valabilă pe toată durata derulării convenţiei nr. .....

- Cabinet de medicina muncii - indiferent de forma de organizare - ..... reprezentat prin ....., cu autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ..... din ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon .....

- Centre de dializă privată aflate în relaţie contractuală cu CNAS ....., prin contractul nr. ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentat prin ....., codul unic de înregistrare ..... şi contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....

II. OBIECTUL CONVENŢIEI

Articolul 1

Obiectul prezentei convenţii îl constituie eliberarea biletelor de internare conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Articolul 2

Eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti se face de către următorii medici:

A. Medicii din spital, respectiv:

a) medicii din dispensare TBC care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

b) medicii din laboratoarele de sănătate mintală, respectiv centrele de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

c) medicii din cabinetele de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia 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 ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia 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 ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....
3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....
D. Medicii din centrele de dializă privată aflate în relaţie contractuală cu CNAS
1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....
2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....
3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....
III. Prezenta convenţie este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2015.
IV. OBLIGAŢIILE PĂRŢILOR

Articolul 3

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să informeze spitalele, unităţile medico-sociale şi cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private cu care încheie convenţii asupra condiţiilor în care medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi pot elibera bilete de internare pentru servicii medicale spitaliceşti;

b) să monitorizeze lunar serviciile medicale spitaliceşti acordate pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din unităţile medico-sociale, de medicii din cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private şi de medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, cu care a încheiat convenţii.

Articolul 4

Unităţile medico-sociale, cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private şi furnizorii de servicii medicale spitaliceşti au următoarele obligaţii:

a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti în sistemul asigurărilor sociale de sănătate; să completeze formularele electronice de bilete de internare, de la data la care acestea se implementează;

b) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

c) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei;

d) să pună la dispoziţie organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului;

f) să afişeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web.

g) să solicite/să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

V. ÎNCETAREA ŞI REZILIEREA CONVENŢIEI

Articolul 5

Prezenta convenţie se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare a furnizorului, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al medicului care eliberează bilete de internare pentru servicii medicale spitaliceşti; în situaţia în care convenţia cu unitatea medico-socială/cabinetul de medicina muncii/centrul de dializă privat

/spitalul se încheie pentru mai mulţi medici, ridicarea de către organele de drept a autorizaţiei de liberă practică /certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al unui medic nu conduce la rezilierea convenţiei, ci doar la excluderea din convenţie a medicului respectiv;

c) nerespectarea obligaţiilor asumate prin prezenta convenţie, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

d) neanunţarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei privind eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

e) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţie organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare potrivit prezentei convenţii, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora.

Articolul 6

Prezenta convenţie încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a1) furnizorul se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie;

a2) încetare prin desfiinţare sau reprofilare, după caz;

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

a4) medicul renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentişti din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a convenţiei 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 doreşte încetarea convenţiei.

Articolul 7

Situaţiile prevăzute la art. 5 şi 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.

Situaţia prevăzută la art. 6 lit. a) subpct. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

VI. CORESPONDENŢA

Articolul 8

Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor. Fiecare parte din convenţie este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenţie, să notifice celeilalte părţi schimbarea survenită.

VII. MODIFICAREA CONVENŢIEI

Articolul 9

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenţie a fost încheiată astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenţie.

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 convenţie se va adapta în funcţie de obiectul convenţiei, respectiv eliberarea biletelor de internare de către medicii din unităţile 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 şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică.

Pentru medicii menţionaţi în prezenta anexă se încheie convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care îşi desfăşoară activitatea medicii respectivi.

Anexa 43

- MODEL -
Denumire Furnizor .....
Medic .....
Contract/convenţie nr. .....
CAS .....
SCRISOARE MEDICALĂ*)

Notă

*) Scrisoarea medicală se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultaţia/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 ieşire 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 consultaţii .....
Motivele prezentării
.....
.....
Diagnosticul:
.....
.....
.....
.....
Anamneza:
.....
- factori de risc
.....
.....
Examen clinic:
- general
.....
.....
- local
.....
.....
Examene de laborator:
- cu valori normale
.....
.....
- cu valori patologice
.....
.....
Examene paraclinice:
EKG
.....
ECO
.....
Rx
.....
Altele
.....
.....
Tratament efectuat:
.....
.....

Cabinet Piatra Neamț

.....
Alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului:
.....
.....
.....
Tratament recomandat
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Se completează obligatoriu una din cele trei informaţii:
- [] S-a eliberat prescripţie medicală, caz în care se va înscrie seria şi numărul acesteia
- [] Nu s-a eliberat prescripţie medicală deoarece nu a fost necesar
- [] Nu s-a eliberat prescripţie medicală
Se completează obligatoriu una din cele trei informaţii:
- [] S-a eliberat concediu medical la externare, caz în care se va înscrie seria şi 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 informaţii:
- [] 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 informaţii:
- [] S-a eliberat prescripţie medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu
- [] Nu s-a eliberat prescripţie medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu deoarece nu a fost necesar (cu viza Unităţii judeţene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate judeţeană de diabet zaharat:	
Nr. de înregistrare a asiguratului:	

Data .....
Semnătura şi parafa medicului
.....
Calea de transmitere:
- prin asigurat
- prin poştă .....

Anexa 44

- MODEL -
Denumirea furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
.....
.....
Sediul social/Adresa fiscală .....
.....
DECLARAŢIE DE PROGRAM
punct de lucru .....
.....
Subsemnatul(a), ... B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate ..... se desfăşoară astfel:

Locaţia unde se desfăşoară activitatea	Adresa/ telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate						
		Luni	Marţi	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale

Sediu social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*)									
Domiciliu beneficiari									
Dispecerat									

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura şi ştampila)
.....

Notă

*) se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent.

Anexa 45

- MODEL -

Denumirea furnizorului .....
.....
Sediul social/Adresa fiscală .....
.....
punct de lucru .....
.....

DECLARAŢIE DE PROGRAM

Subsemnatul(a), ... B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate ..... se desfăşoară astfel:

Locaţia unde se desfăşoară activitatea	Adresa/ telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate						
		Luni	Marţi	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediu social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*)									
.....									

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura şi ştampila)
.....

Notă

*) se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent.

**) pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet şi programul la domiciliu.

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/judeţ ....., înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale/Registrul Comerţului sub nr. ....., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., tel./fax ....., cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului şi sediul punctului secundar de lucru în ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ...., ap. ....., sector/judeţ ....., tel./fax ....., reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal.
Prin prezenta vă notificăm:

rezilierea	☐
încetarea	☐
suspendarea	☐

contractului/convenţiei de furnizare de servicii medicale/medicamente/dispozitive ..... cu nr. ...../..... începând cu data de ....., având în vedere: ..... (descrierea pe scurt a situaţiei de fapt) şi în temeiul dispoziţiilor art. ..... din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, cu modificările şi completările ulterioare şi dispoziţiilor art. ..... din anexa nr. ..... la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014.

PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

Director executiv al Direcţiei economice, ...	Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale .....
Vizat Juridic, contencios	

Anexa 47

DISPOZIŢII GENERALE
1. Formularele cu regim special care se întocmesc în 2 exemplare - bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi biletele de internare.
2. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigaţii 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 şi numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.
3. Toţi furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deţină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.
4. Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezenţa la program pentru personalul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea la aceştia, trebuie să fie în concordanţă cu programul de activitate depus la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării.
5. Modelul formularului de prescripţie medicală electronică se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Modelele de formulare pentru prescripţiile de preparate stupefiante şi psihotrope, se aprobă conform Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare.
6. Modelul de bilet de trimitere pentru specialităţile clinice, paraclinice şi pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
7. Formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate, pe care furnizorii au obligaţia să le completeze corect şi la zi includ şi evidenţele electronice ale bolnavilor cronici.
8. Furnizorii de servicii medicale au obligaţia să recomande asiguraţilor tratamentul cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.

9. Toţi furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau, respectiv, Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, au obligaţia să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate.
În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea şi securitatea în procesul de transmitere a datelor.
10. Medicii care au specialitatea de medicină de familie şi o altă/alte specialitate/specialităţi clinică/clinice, pot opta pentru a desfăşura activitate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialităţii de medicină de familie sau în baza specialităţii/specialităţilor clinice. Medicii care au o specialitate clinică şi o specialitate paraclinică, pot opta pentru a desfăşura activitate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialităţii clinice sau în baza specialităţii paraclinice.
11. Prezentarea şi utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate la furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale se face la momentul acordării serviciului, astfel:
11.1 În asistenţa medicală primară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază.
11.2 În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, cu excepţia serviciilor de sănătate conexe actului medical pentru care nu este necesară prezentarea cardului.
11.3 În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea reabilitare medicală şi acupunctură utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:
a) pentru consultaţii şi proceduri în cabinet la momentul acordării
b) pentru procedurile acordate în baza de tratament prezentarea cardului se face în fiecare zi de tratament / fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament
11.4 În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază.
11.5 În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:
a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la momentul recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigaţii paraclinice, cu excepţia serviciile paraclinice de microbiologie, histopatologie şi citologie dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigaţii paraclinice. Pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină şi examene de materii fecale dacă sunt singurele investigaţii recomandate pe biletul de trimitere se utilizează cardul la momentul depunerii probelor la furnizorul de investigatii paraclinice; dacă acestea sunt recomandate pe biletul de trimitere împreună cu alte analize de laborator se utilizează cardul la momentul recoltării analizelor de laborator. Pentru examinările de histopatologie şi citologie care nu se recoltează la furnizorii de investigaţii paraclinice probele sunt transmise la furnizorii de servicii medicale paraclinice însoţite de biletele de trimitere fără a fi necesară prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate.
b) pentru serviciile medicale paraclinice - investigaţii de radiologie, imagistică medicală, explorări funcţionale şi medicină nucleară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la momentul efectuării investigaţiilor prevăzute în pachetul de bază.
11.6 În asistenţa medicală spitalicească utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:
a) pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la internarea şi externarea din spital, cu excepţia următoarelor situaţii:
- la internare în spital dacă criteriul la internare este urgenţă medico-chirurgicală
- la externare din spital pentru cazurile transferate la un alt spital şi la internare ca şi caz transferat
- la externare pentru situaţiile în care s-a înregistrat decesul asiguratului.

b) pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la fiecare vizită, cu excepţia situaţiilor în care criteriul de internare este urgenţă medico-chirurgicală pentru serviciile acordate în structurile de urgenţă (camera de gardă/UPU/CPU) care nu sunt finanţate de Ministerul Sănătăţii/ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie.
11.7 Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face în fiecare zi în care se acordă îngrijiri.
11.8. În asistenţa medicală de reabilitare medicală şi recuperare, în sanatorii şi preventorii utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la internare şi externare.
11.9 Pentru dispozitive medicale, este necesară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate dacă dispozitivul medical se ridică de către beneficiar de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale. În situaţia în care ridicarea dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale se face de către aparţinătorul beneficiarului - membru al familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică),

împuternicit legal -, se utilizează cardul naţional de asigurări sociale de sănătate sau cartea de identitate/buletinul de identitate/paşaportul acestuia;
În situaţia în care dispozitivul medical se eliberează prin poştă, curierat, transport propriu ori închiriat prezentarea cardului nu este necesară; confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poştă, curierat, transport propriu ori închiriat şi primirea la domiciliu, se face sub semnătura beneficiarului sau ori a aparţinătorului acestuia - membru al familiei - părinte, soţ/soţie, fiu/fiică, împuternicit legal, reprezentant legal - cu specificarea domiciliului la care s-a făcut livrarea, a actului de identitate şi a codului numeric personal/codul unic de asigurare ale persoanei care semnează de primire.
11.10 Pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la momentul ridicării medicamentelor din farmacie, dacă acestea se ridică de către beneficiarul prescripţiei;
În situaţia în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuternicit, se utilizează cardul naţional de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate /paşaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta card.
12. Informaţii referitoare la utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate de către asiguraţi şi fluxul de lucru pentru furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, sunt postate pe site-ul www.cnas.ro.
13. Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor şi dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale sunt aplicabile de la data prevăzută la art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 900/2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul naţional de asigurări sociale de sănătate din titlul IX "Cardul european şi cardul naţional de asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006
privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, cu excepţia situaţiilor în care asiguraţii nu pot prezenta/utiliza cardul naţional de asigurări sociale de sănătate.

Pct. 13 din anexa 47 a fost modificat de pct. 3 al art. I din ORDINUL nr. 246 din 29 aprilie 2015, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 300 din 30 aprilie 2015.

Anexa 48

CHESTIONAR PRIVIND SATISFACŢIA PACIENTULUI
Acest chestionar este menit să ne sprijine în ameliorarea performanţei activităţii spitalului; răspunsurile la acest chestionar rămân anonime.
1. Când aţi intrat prima dată în această unitate ce impresie v-aţi făcut? Alegeţi trei cuvinte care descriu cel mai bine situaţia din acel moment din unitatea de primire

Cuvinte	Ordinea priorităţii*)
Curăţenie	.....
Lux	.....
Aglomeraţie	.....
Dezordine	.....
Mizerie	.....
Disciplină	.....
Linişte	.....
Sărăcie	.....
Altul 1	.....
Altul 2	.....

Notă

*) Bifaţi 1, 2 sau 3 în ordinea priorităţii.

2. Situaţia din unitatea de primire, pe care tocmai aţi descris-o, v-a modificat starea de spirit? (bifaţi o singură variantă)

	DA	NU
M-a demoralizat		
Nu a avut niciun efect		
Mi-a ridicat moralul		

3. Cum aţi ajuns să apelaţi la internare pentru spitalul nostru (bifaţi una din variantele de răspuns):
a. V-aţi prezentat direct la camera de gardă
b. Aţi avut trimitere de la medicul dumneavoastră de familie
c. Aţi venit cu trimitere de la medicul de ambulator
d. Aţi venit cu ambulanţa
e. Altă situaţie
4. Sunteţi la prima internare sau la o reinternare?
a) Prima internare b) Reinternare

În cadrul acestei internări, puteţi spune că:

	DA	NU
P1. Aţi fost primit cu amabilitate de la început?	1	0
P2. Aţi fost condus la explorări?	1	#
P3. Aţi făcut baie la internare?	1	0
P4. Aţi fost informat pe înţelesul dvs. despre boală, tratament, risc operator, prognostic?		
P5. Aţi adus medicamente de acasă?	1	0
P6. Aţi avut complicaţii post-operatorii?	1	0
P7. Fiolele s-au deschis în faţa dvs.?	1	0
P8. Aţi sesizat orice formă de condiţionare a îngrijirilor de care aţi avut nevoie?	1	0
P9. Aţi simţit nevoia să recompensaţi prin diverse mijloace un cadru medical pentru a beneficia de mai multă atenţie din partea acestora		

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri.
Apreciaţi pe o scală de la 1 la 5 calitatea serviciilor menţionate mai jos primite de către dvs.
Font 7

Serviciul	1 Total nesatisfăcătoare	2 Parţial nesatisfăcătoare	3 Nesatisfăcător	4 Bună	5 Foarte bună	9 Nu am beneficiat/ Nu am observat
Atitudinea personalului la primire	1	2	3	4	5	9
Atitudinea personalului pe parcursul şederii 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 şi ATI	1	2	3	4	5	9

Calitatea meselor servite	1	2	3	4	5	9
Calitatea condiţiilor de cazare - salon (dotare, facilităţi)	1	2	3	4	5	#
Calitatea grupurilor sanitare (băi + WC)	1	2	3	4	5	#
Curăţenia în ansamblu	1	2	3	4	5	#

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri închis.
Ţinând cont de toate cele menţionate mai sus vă rugăm să ne spuneţi:
Cât de mulţumit sunteţi/aţi fost?

Foarte nemulţumit	Parţial nemulţumit	Nemulţumit	Parţial mulţumit	Foarte mulţumit
1	2	3	4	5

Dacă ar fi să aveţi nevoie de un serviciu medical disponibil în această unitate v-aţi 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 ştiţi că este disponibil aici i-aţi 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 (încercuiţi situaţia 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 şi peste
D3. Mediul de rezidenţă
1. Urban 2. Rural
D4. Ultima şcoală absolvită
1. Primară (14 clase) 2. Gimnazială (5 - 8) 3. Liceu 4. Facultate
D5. Starea civilă
1. Căsătorit 2. Necăsătorit 3. Concubinaj 4. Văduv
5. Divorţat

NOTĂ:
Colectarea informaţiilor pe baza prezentului chestionar se face cu respectarea prevederilor art. 12 din Legea nr. 677/2001 pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date, cu modificările şi completările ulterioare.