

CONTRACT-CADRU din 11 decembrie 2003

privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

EMITENT • **GUVERNUL**

Publicat în **MONITORUL OFICIAL nr. 920 din 22 decembrie 2003**

Data intrării în vigoare **01-01-2004**

Prezenta formă este valabilă începând cu data de 01-01-2004 până la data de 19-01-2005

Capitolul I DISPOZIȚII GENERALE

Articolul 1

(1) Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice, asistența medicală spitalicească, asistența medicală de recuperare, de îngrijiri medicale la domiciliu, de servicii medicale de urgență și transport sanitar, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice precum și unitățile de asistență medico-socială - denumiți în continuare furnizori și casele de asigurări de sănătate, aflați în relație contractuală, au obligația să respecte prevederile contractului-cadru și ale normelor.

(2) Nerespectarea obligațiilor contractuale de către părți conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractul-cadru și stipulate în contractele de furnizare de servicii medicale respectiv de medicamente în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate.

Articolul 2

(1) Modelele de contract pentru furnizarea de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale sunt prevăzute în norme.

(2) Utilizarea acestor modele de contract este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute și alte clauze suplimentare negociate în limita prevederilor legale în vigoare.

Articolul 3

În cazul în care furnizorii depun ofertele la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către casele de asigurări de sănătate și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenul stabilit de casele de asigurări de sănătate, furnizorii nu vor mai desfășura activitate în sistemul de asigurări sociale de sănătate în anul respectiv, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii și notificate, de îndată, casei de asigurări de sănătate.

Articolul 4

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în limita și la termenele stabilite în contracte, contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice.

(2) În cazul în care termenele de plată stabilite în contracte nu sunt respectate din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate să plătească majorări de întârziere egale cu majorările care se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

(3) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a deconta unele servicii raportate ca realizate se poate face numai prin prezentarea în scris a cauzelor care au condus la acesta.

(4) Litigiile dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se soluționează de Comisia Centrală de Arbitraj care se organizează în termen de 45 de zile calendaristice de la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, potrivit legii.

Articolul 5

În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, constatate de casele de asigurări de sănătate și după caz, soluționate de Comisia Centrală de Arbitraj dacă au existat contestații, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi pe o perioadă de 1 an de la data încetării contractului. La reluarea relațiilor contractuale, în cazul în care contractele încetează din nou din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi.

Articolul 6

(1) Organizarea controlului serviciilor medicale care se acordă asiguraților în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se efectuează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România și Ordinul Asistenților Medicali din România.

(2) Controlul serviciilor medicale ce se acordă asiguraților de către furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice, asistența medicală spitalicească, asistența medicală de recuperare, de îngrijiri medicale la domiciliu, servicii medicale de urgență și transport sanitar, precum și de medicamente și de dispozitive medicale se asigură de către serviciile specializate din structura Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a caselor de asigurări de sănătate, a Ministerului Sănătății, a direcțiilor de sănătate publică și a direcțiilor medicale ori structurilor similare organizate conform [Legii nr. 100/1998](#) privind asistența de sănătate publică, cu completările ulterioare, din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinul Asistenților Medicali din România, organizate la nivel național și teritorial, precum și alte instituții abilitate, după caz, conform prevederilor legale în vigoare.

Articolul 7

(1) Furnizorii au obligația de a pune la dispoziția organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele în baza cărora se decontează serviciile realizate.

(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele în baza cărora se decontează serviciile realizate conduce la amânarea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale prestate respectiv a contravalorii medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu sau a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice, până la data îndeplinirii obligației prevăzute la alin. (1)

Articolul 8

Fondurile repartizate pentru: asistența medicală primară, asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice, asistența medicală spitalicească, asistența medicală de recuperare, îngrijiri medicale la domiciliu, asistența medicală de urgență și transport sanitar, furnizarea de medicamente în tratamentul ambulatoriu, dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice și pentru unitățile de asistență medico-socială se aprobă potrivit reglementărilor legale în vigoare.

Articolul 9

Casele de asigurări de sănătate organizează licitații pentru unele servicii din pachetul de servicii de bază stabilit în norme, în condițiile prevăzute de dispozițiile legale privind licitațiile pentru achizițiile publice. Licitările se organizează în vederea contractării unor servicii medicale din pachetul de servicii de bază, între furnizori și casele de asigurări de sănătate, decontate exclusiv din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, în scopul utilizării eficiente a fondului.

Capitolul II

ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

ART 10

(1) Asistența medicală primară se asigură numai de către medicul de familie împreună cu personalul sanitar, prin cabinete medicale organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu completările ulterioare, și prin cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, ca furnizori de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și acreditați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

(2) Serviciile medicale din asistența medicală primară în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se acordă în baza contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale primare și casele de asigurări de sănătate.

(3) Numărul minim de asigurați de pe listele medicilor de familie pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară între furnizori și casele de asigurări de sănătate se stabilește pe localități, de către o comisie paritară formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale ori structurilor similare organizate conform [Legii nr. 100/1998](#), cu completările ulterioare, din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, cu consultarea reprezentanților consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, cu excepția cabinetelor medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie.

(4) În localitățile urbane numărul minim de asigurați de pe listele medicilor de familie pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, în cazul medicilor nou-veniți, este de 1.000; pentru medicii de familie care la data de 31 decembrie 2003 au sub 1.000 de asigurați înscrși pe listele proprii, furnizorii vor încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate respectând numărul minim de asigurați înscrși. Încadrarea obligatorie în limita de 1.000 de asigurați înscrși se realizează într-un termen maxim de 2 ani de la intrarea în vigoare a prezentei hotărâri. Medicilor de familie al căror număr de asigurați înscrși pe listele proprii scade, timp de 3 luni consecutiv, sub numărul minim pentru care se poate încheia contractul de furnizare de servicii medicale, în situația cabinetelor medicale individuale, li se reziliază contractul în condițiile legii, iar pentru celelalte forme de

organizare a cabinetelor medicale medicii de familie respectivi sunt excluși din contract prin modificarea acestuia, ca urmare a reanalizării fiecărei situații de scădere a numărului minim de asigurați, de către comisia constituită conform alin. (3). Asigurații de pe listele acestora pot opta pentru alți medici de familie aduși la cunoștința asiguraților de către casele de asigurări de sănătate.

(5) În localitățile acoperite din punct de vedere al existenței medicilor de familie, pentru asigurarea calității asistentei medicale, medicii de familie vor înscrie în listele proprii un număr de maximum 2.000 asigurați, în condițiile stabilite prin norme.

Articolul 11

Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară acordă servicii medicale în cadrul programului stabilit de către aceștia, cu respectarea prevederilor legale în vigoare. Pentru asigurarea de servicii medicale 24 de ore din 24, inclusiv sâmbăta, duminica și sărbătorile legale, în afara programului de lucru se acordă servicii medicale de către medicii de familie în centrele de permanentă înființate și organizate de Ministerul Sănătății prin direcțiile de sănătate publică precum și prin direcțiile medicale ale ministerelor și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, pe baza criteriilor de eficiență elaborate de către acestea cu consultarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a Colegiului Medicilor din România, conform prevederilor legale.

Articolul 12

Medicii de familie acordă asistența medicală pentru asigurații înscrși în lista proprie, potrivit pachetului de servicii medicale de bază, asigură asistența medicală pentru situații de urgență oricărei persoane care are nevoie de aceste servicii, asigură asistența medicală persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și a plății contribuției la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate conform pachetului minimal de servicii medicale, precum și categoriilor de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate potrivit legii, conform pachetului de servicii prevăzut în norme pentru acestea.

Pachetul de servicii medicale de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii medicale pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate potrivit legii, se stabilesc de către o comisie formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și se prevăd în norme.

Articolul 13

Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară sunt:

- a)** tarif pe persoana asigurată - per capîță;
- b)** tarif pe serviciu medical.

Articolul 14

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au următoarele obligații:

- a)** să acorde servicii de asistență medicală primară asiguraților înscrși în lista proprie, respectând criteriile de calitate elaborate de organele abilitate prevăzute de lege. Calitatea de asigurat se dovedește cu un act justificativ - adeverință sau carnet de asigurat -, eliberat prin grija caselor de asigurări de sănătate la care este înscris asiguratul, până la introducerea cârdului electronic de asigurat;
- b)** să asigure în cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de bază toate activitățile care sunt cuprinse în baremul de activități practice obligatorii din curricula de pregătire în specialitatea medicină de familie și în concordanță cu competențele obținute pentru situațiile prevăzute în norme. De asemenea, au obligația de a interpreta investigațiile necesare în afecțiunile prevăzute în tematica pe aparate și sisteme;
- c)** să acorde servicii medicale din pachetul minimal de servicii medicale, prevăzut în norme, pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat sau a plății contribuției la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, potrivit legii;
- d)** să acorde servicii medicale din pachetul de servicii prevăzut în norme pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate;
- e)** să actualizeze lista proprie cuprinzând asigurații înscrși, ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară a asiguraților, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate cu privire la asigurații care nu mai fac dovada calității de asigurat și a plății contribuției la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale;
- f)** să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman, conform reglementărilor în vigoare. Medicamentele prescrise și investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul;
- g)** să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medicală, ori de câte ori se solicită aceste servicii medicale;

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

i) să înscrie pe lista proprie gravidele neînscrise pe lista unui medic de familie la prima consultație, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora ori la solicitarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară;

j) să nu refuze înscrierea pe lista de asigurați a copiilor, la solicitarea părinților, aparținătorilor legali sau la anunțarea de către casa de asigurări de sănătate cu care au încheiat contract de furnizare de servicii ori de primărie, precum și la solicitarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară sau a direcțiilor de protecție a copilului pentru copiii aflați în dificultate din centrele de plasament sau din familii substitutive;

k) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate și a activității desfășurate la nivelul cabinetelor de medicină primară;

l) să informeze asigurații despre serviciile oferite și despre modul în care sunt furnizate;

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

n) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele privind activitățile realizate, atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și se pun la dispoziția furnizorilor de servicii medicale contra cost de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

o) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală primară, potrivit formularelor de raportare stabilite prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și care se pun la dispoziție în mod gratuit;

p) să respecte prevederile actelor normative privind raportarea bolilor și efectuarea vaccinărilor;

q) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 3 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă;

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

s) să își stabilească programul de activitate în funcție de condițiile specifice din zonă, cu respectarea prevederilor prezentului contract-cadru și a normelor;

t) să participe la activitatea de asigurare a asistenței medicale continue în centrele de permanență, acolo unde sunt organizate;

u) să pună la dispoziția asiguraților la nivelul cabinetului medical pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ precum și obligațiile furnizorului de servicii medicale primare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

v) să întocmească bilet de trimitere în vederea internării atunci când este cazul și să atașeze la acest bilet rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau a confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea;

x) să opereze la zi în formularele din sistemul informațional al Ministerului Sănătății -fișe, certificate medicale, registre, etc. -, datele corespunzătoare activității desfășurate;

y) să colaboreze cu asistenții medicali comunitari în desfășurarea activității acestora.

z) să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare;

(2) Medicul de familie are obligația să prescrie medicamente cu sau fără contribuția personală asiguraților, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Medicul de familie refuză transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților și investigații paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alți medici. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice stabilită și inițiată de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală.

(3) Se recomandă participarea medicilor de familie la acțiunile de instruire organizate de direcțiile de sănătate publică și de casele de asigurări de sănătate privind aplicarea unitară a actelor normative referitoare la asigurările de sănătate și a actelor normative privind asistența medicală în România.

Articolul 15

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară au următoarele drepturi:

- a)** să primească contravaloarea serviciilor medicale efectiv realizate, potrivit contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate;
- b)** să fie informați permanent și din timp asupra condițiilor furnizării serviciilor medicale;
- c)** să cunoască condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din fondul alocat asistenței medicale primare și decontate de casele de asigurări de sănătate;
- d)** să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu sunt cuprinse în: pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale, pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură pentru sănătate facultativ sau nu sunt servicii medicale pentru situații de urgență precum și coplată pentru unele servicii medicale stabilite de o comisie formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și prevăzute în norme.

Articolul 16

În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

- a)** să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară autorizați și acreditați;
- b)** să controleze activitatea furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară, conform clauzelor din contractele încheiate cu aceștia;
- c)** să verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigațiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, în conformitate cu reglementările în vigoare;
- d)** să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale, în baza contractelor încheiate cu aceștia, și să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, datele solicitate în vederea calculării valorilor definitive ale punctelor;
- e)** să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor contractate și prestate, pe baza facturii însoțită de desfășurătoarele privind activitatea realizată, prezentate atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- f)** să asigure un sistem permanent de informare a asiguraților asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;
- g)** să utilizeze un sistem informatic unitar și confidențial corespunzător asigurării cel puțin a unei evidente primare privind diagnosticul și terapia aplicată fiecărui asigurat;
- h)** să comunice medicilor de familie, în vederea actualizării listelor proprii, persoanele care și-au pierdut calitatea de asigurat sau pentru care nu s-a virat integral contribuția de asigurări pentru sănătate; să nu solicite medicilor de familie documentele în baza cărora se stabilește calitatea de asigurat a persoanelor sau plata contribuției de asigurări pentru sănătate a asiguraților înscrși în lista proprie;
- i)** să informeze permanent furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară asupra condițiilor de contractare și să facă publice valorile definitive ale punctelor rezultate în urma regularizării trimestriale, atât prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- j)** să furnizeze, la solicitarea Ministerului Sănătății, prin direcțiile de sănătate publică, datele de identificare a persoanelor, înregistrate la acestea, pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform reglementărilor legale în vigoare;
- k)** să monitorizeze numărul serviciilor medicale acordate de către furnizorii cu care se află în relații contractuale;
- l)** să țină evidența distinctă a asiguraților de pe listele medicilor de familie cu care are încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care se virează contribuția acestora. Pentru asigurații pentru care se virează contribuția la Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și la Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și care sunt înscrși pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, confirmarea calității de asigurat se face de către Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de Casa

Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport de hârtie cât și în format electronic. Pentru asigurații pentru care se virează contribuția la casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și care sunt înscrși pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, confirmarea calității de asigurat se face de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe bază de tabel centralizator transmis atât pe suport de hârtie cât și în format electronic.

Articolul 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale între furnizorul de servicii medicale primare și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal al cabinetului medical, pe baza următoarelor documente:

- a)** certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale sau actul de înființare, după caz;
- b)** autorizația sanitară;
- c)** contul deschis la Trezoreria statului;
- d)** codul numeric personal sau codul fiscal, după caz;
- e)** certificatul de acreditare al cabinetului medical;
- f)** lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând asigurații înscrși la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale;
- g)** dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, obținută conform Normelor pentru reglementarea sistemului de asigurări de răspundere civilă pentru furnizorii de servicii medicale și farmaceutice care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Numai cabinetele medicale din mediul rural pot avea puncte secundare de lucru în localitățile rurale, în situația în care asigurării de pe lista proprie a medicilor respectivi au răspândire mare în teritoriu. Autorizația sanitară este obligatorie atât pentru cabinetele medicale, cât și pentru punctele secundare de lucru ale acestora.

(3) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale încheie contract cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, după caz.

(4) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților înscrși, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția asiguratului.

Articolul 18

(1) Programul de activitate al fiecărui medic de familie, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure în medie pe zi, de luni până vineri, minimum 5 ore la cabinetul medical și 2 ore la domiciliul asiguraților, conform graficului de vizite la domiciliu. Acolo unde își desfășoară activitatea cel puțin 2 medici de familie, acordarea asistenței medicale se va asigura atât dimineața, cât și după-amiaza. În cazul în care numărul asiguraților înscrși pe lista proprie este mai mare decât numărul mediu de asigurați stabilit la nivel național, respectiv de 2.000, programul total de lucru se prelungește corespunzător, acolo unde este posibil, în funcție de numărul de servicii medicale solicitate. Programul de activitate astfel stabilit se aduce la cunoștința asiguraților prin afișare într-un loc vizibil la cabinetul medical și se transmite caselor de asigurări de sănătate, direcțiilor de sănătate, direcțiilor medicale și structurilor similare organizate conform [Legii nr. 100/1998](#), cu completările ulterioare, din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie.

(2) Asistența medicală în afara programului de lucru este asigurată, după caz, de:

- a)** medicii asociați din mai multe localități sau din aceeași localitate, în centre de permanență; pentru asigurați se acordă serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de baza, iar pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat sau a plății contribuției la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și pentru persoanele care se asigură pentru sănătate facultativ, potrivit legii, se acordă serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale, respectiv în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ; se acordă asistență medicală pentru situațiile de urgență tuturor persoanelor care au nevoie de aceste servicii;
- b)** medicul de familie din mediul rural, care locuiește în localitatea respectivă și poate acorda servicii medicale pentru situațiile de urgență în afara programului de lucru, acolo unde nu sunt îndeplinite condițiile organizării centrului de permanență. Condițiile acordării serviciilor medicale și decontarea acestora se stabilesc prin norme;

c) serviciile medicale specializate de urgență și transport sanitar sau unitățile specializate pentru transport medical, solicitate direct sau prin intermediul autorităților administrației publice locale în zonele rurale, dacă nu este organizat centru de permanență sau dacă nu există medic de familie care locuiește în localitatea respectivă, în condițiile prevăzute la lit. b).

(3) Pentru accesul pacienților la asistența medicală în afara programului de lucru, medicul de familie are obligația să afișeze la cabinetul medical numărul de telefon și adresa centrului de permanență la care se poate apela, iar în situația în care nu este organizat centru de permanență, pentru urgențe medicale se afișează numărul de telefon la care poate fi apelat serviciul medical specializat de urgență și transport sanitar sau unitatea specializată pentru transport medical

Articolul 19

Pentru acordarea serviciilor medicale contractate cabinetele medicale vor încadra un asistent medical la 1.000 de asigurați înscrși în lista proprie a unui medic de familie. Asistentul medical poate fi încadrat și cu fracțiuni de normă dacă pe lista medicului de familie sunt sub 1.000 de asigurați. Drepturile salariale ale cadrelor medii sanitare se stabilesc prin negociere, cu respectarea legislației în vigoare.

Articolul 20

Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:

a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma cuvenită se stabilește în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul asiguraților înscrși pe lista proprie -conform structurii pe grupe de vârstă, ajustat în condițiile prevăzute prin norme, numărul de puncte aferent fiecărei grupe de vârstă -, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, de gradul profesional și cu valoarea unui punct, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aproba prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare asigurat corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale profilactice, curative, de urgență și activități de suport. Serviciile medicale care se asigură prin plata per capîiță și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme.

Valoarea definitivă a punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru; această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, stabilită de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat. În situația în care bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate este diminuat prin acte normative, se recalculează valoarea minimă garantată pentru un punct;

b) plata prin tarif pe serviciu medical stabilit în funcție de numărul de servicii medicale și valoarea unui punct. Lista acestor servicii, numărul de puncte acordate pentru acestea, modalitatea de calcul a valorii definitive pentru un punct și nivelul valorii minime garantate pentru un punct se stabilesc prin norme.

Valoarea definitivă a unui punct este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, stabilită de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat. În situația în care bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate este diminuat prin acte normative, se recalculează valoarea minimă garantată pentru un punct.

Articolul 21

Veniturile realizate conform art. 20 reprezintă veniturile furnizorilor de servicii medicale din care se suporta și următoarele categorii de cheltuieli:

a) cheltuielile de personal pentru angajații cabinetului medical - medici, cadre medii sanitare și alte categorii de personal;

b) cheltuielile pentru administrarea și funcționarea cabinetului medical, inclusiv cheltuielile de capital;

c) cheltuielile cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență. Medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății.

Articolul 22

Pentru perioadele de absentă a medicilor de familie se organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie. Condițiile de înlocuire se stabilesc prin norme.

Articolul 23

(1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate, într-un cabinet medical nou-înființat sau deja existent, pe un post considerat a fi necesar de către direcția de sănătate publică împreună cu casa de asigurări de sănătate, beneficiază lunar, în baza unei convenții de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de

servicii medicale, încheiate între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listelor cu asigurații înscrși, de:

a) un venit echivalent cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică sporurile prevăzute în condițiile stabilite în norme;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, stabilită conform normelor. (2) Medicii de familie menționați la alin. (1) pot beneficia la

cerere de o indemnizație de instalare, în situația în care cabinetul medical funcționează în localități izolate, cu condiții grele sau foarte grele și cu un număr mic de locuitori ori în localități deficitare din punct de vedere al prezentei medicului de familie, din cauza nivelului socioeconomic și educațional al populației.

(3) Indemnizația de instalare este egală cu doua salarii de baza la nivelul maxim prevăzut de lege pentru funcția de medic specialist în sistemul sanitar bugetar. În cazul în care unii medici care au beneficiat de indemnizația de instalare renunță să își mai desfășoare activitatea în cabinetul medical pentru care s-a acordat această indemnizație sau cărora li se retrage acreditarea din motive imputabile lor, după o perioadă mai mica de 3 ani de la începerea activității, vor restitui o cotă din indemnizația de instalare, actualizată cu indicele de inflație, cotă egală cu raportul dintre numărul de luni rămase până la încheierea perioadei minime de 3 ani și numărul de luni aferent celor 3 ani.

Articolul 24

Medicul de familie nou-venit într-o localitate într-un cabinet medical deja existent în care și-a desfășurat activitatea un medic de familie al cărui contract de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate a încetat ca urmare a decesului sau a retragerii din activitate a acestuia poate încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în baza listei de asigurați a medicului care a funcționat anterior în cabinetul respectiv, în condițiile stabilite în norme.

Articolul 25

(1) Asigurații în vârstă de peste 18 ani au dreptul și obligația de a efectua un control medical anual, pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în ceea ce privește morbiditatea și mortalitatea, control care se va efectua în luna de naștere a fiecărui asigurat înscris pe lista medicului de familie. Excepție fac situațiile în care asiguratul nu se prezintă la control din motive obiective pe care trebuie să le justifice în scris medicului de familie, situație în care asiguratul va fi reprogramat. Casele de asigurări de sănătate au obligația să informeze public asigurații despre obligativitatea efectuării acestui control. Neefectuarea acestor controale medicale din cauza medicului de familie, în proporție de peste 20% din totalul programărilor și/sau reprogramărilor pe trimestru, atrage diminuarea cu 10% a veniturilor medicului de familie pentru trimestrul respectiv, în condițiile stabilite prin norme.

(2) În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică, respectiv direcțiile medicale ori structurile similare organizate conform [Legii nr. 100/1998](#), cu completările ulterioare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, împreună cu reprezentanți ai consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, constata nerespectarea programului de lucru stabilit, se va diminua valoarea definitivă a punctului per capita în trimestrul respectiv medicilor de familie la care se înregistrează aceste situații după cum urmează:

a) la prima constatare cu 10%;

b) la a doua constatare cu 15%;

c) la a treia constatare cu 20%.

(3) În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate împreună cu reprezentanți ai consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, constata abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuția personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate, se va diminua valoarea definitivă a punctului per capita în trimestrul respectiv medicilor de familie la care se înregistrează această situație, conform prevederilor de la alin. (2) lit. a), b) și c) pentru fiecare din situațiile de mai sus.

(4) Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări, în condițiile alin. (1) - (3), la nivelul caselor de asigurări de sănătate, se vor folosi la întregirea fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

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

Articolul 26

Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea minimă garantată pentru un punct per capita respectiv la valoarea minimă pentru un punct pe serviciu, iar regularizarea trimestrială la valoarea definitivă, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului. Furnizorii vor depune lunar în

primele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face plata documentele necesare decontării serviciilor, potrivit normelor.

Articolul 27

Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

Articolul 28

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

- a) dacă medicul nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare, expirarea termenului de valabilitate a acesteia sau încetarea acreditării furnizorului;
- d) nerespectarea termenelor de raportare, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate, pe baza documentelor de raportare, pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru;
- e) în cazul în care numărul asiguraților înscrși la un medic de familie scade sub numărul minim stabilit conform art. 10 alin. (4);
- f) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurii de diminuare a valorii definitive a punctului per căpita pentru nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente și /sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice.

Articolul 29

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

- a) cabinetul medical se mută din teritoriul de funcționare;
- b) a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;
- c) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;
- d) încetare prin faliment, dizolvare, lichidare, în cazul cabinetelor medicale organizate potrivit [art. 15 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu completările ulterioare;
- e) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- f) acordul de voință al părților;
- g) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al cabinetului medical sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Capitolul III

ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE, PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE, PARACLINICE ȘI STOMATOLOGICE

Articolul 30

(1) Asistența medicală ambulatorie de specialitate se asigură de medici de specialitate și dentiști, împreună cu personal mediu sanitar și alte categorii de personal și cu personalul sanitar din serviciile conexe actului medical, și se acordă prin:

- a) cabinete medicale organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) republicată, cu completările ulterioare, autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- b) unități sanitare ambulatorii de specialitate, autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie;
- c) ambulatorii de specialitate din structura spitalelor autorizate și acreditate din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului;
- d) laboratoare medicale de radiologie și imagistică medicală, analize medicale, explorări funcționale, pentru servicii medicale paraclinice, autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- e) centre de diagnostic și tratament și centre medicale - unități cu personalitate juridică, autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

- f)** centre de referință autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, pentru servicii medicale de înaltă performanță;
- g)** ambulatoriile de spital, din structura spitalelor autorizate și acreditate în condițiile legii precum și unitățile sanitare fără personalitate juridică din structura spitalului.
- (2)** Serviciile medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate se acordă în baza contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate și casele de asigurări de sănătate.

Articolul 31

- (1)** Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialitățile clinice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza specialităților confirmate prin ordin al ministrului sănătății. Medicii care au obținut competența de acupunctura, fitoterapie, homeopatic și planificare familială și care sunt certificați de Ministerul Sănătății și lucrează exclusiv în aceste activități încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza competențelor de mai sus. Furnizorii de servicii medicale stomatologice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale stomatologice, în condițiile stabilite prin norme.
- (2)** Numărul necesar de medici de specialitate, pe fiecare specialitate clinică și stomatologică și pe județe, pentru care se încheie contractul, se stabilește de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale ori structurilor similare organizate conform [Legii nr. 100/1998](#), cu completările ulterioare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, cu consultarea reprezentanților consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, până la aprobarea normativelor elaborate de Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Medicilor din România.
- (3)** Serviciile publice conexe actului medical, furnizate în cabinetele de liberă practică organizate conform [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin [Legea nr. 598/2001](#), se contractează de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.
- (4)** Furnizorii de servicii medicale pentru specialitățile paraclinice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza specialității obținute și confirmate prin ordin al ministrului sănătății pentru medicii de specialitate pe care îi reprezintă.

Articolul 32

Medicii de specialitate din ambulatoriile de specialitate acordă următoarele tipuri de servicii medicale: examen clinic, investigații paraclinice și tratamente profilactice și curative.

Articolul 33

Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală de specialitate din ambulatoriul de specialitate este tariful pe serviciu medical sau plată pe bază de sumă fixă negociată pentru centrele de referință.

Articolul 34

- (1)** În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate sunt obligați:
 - a)** să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate. Serviciile medicale care se acordă de medicul de specialitate sunt cele prevăzute în pachetul de servicii de bază. Lista acestor servicii medicale și lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate se stabilesc de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și sunt prevăzute în norme;
 - b)** să acorde servicii medicale din pachetul minimal de servicii medicale pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat și a plății contribuției la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și servicii medicale din pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, potrivit legii, pachete de servicii ce sunt stabilite de comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și prevăzute în norme;
 - c)** să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte condițiile de prescriere a medicamentelor prevăzute în Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman, conform reglementărilor în vigoare, ca urmare a unui act medical propriu. Medicamentele prescrise și investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul;
 - d)** să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medicală, ori de câte ori se solicită aceste servicii medicale;

- e)** să respecte criteriile de calitate elaborate conform legii pentru serviciile medicale prestate și a activității desfășurate în cabinetul medical/laboratorul medical;
- f)** să ofere relații despre serviciile acordate, precum și despre modul în care vor fi furnizate acestea și să acorde consilierea în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;
- g)** să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați precum și intimitatea și demnitatea acestora;
- h)** să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate, prezentate atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic, pe fiecare asigurat în parte, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și se pun la dispoziție furnizorilor de servicii medicale, contra cost, de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenelor de facturare o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;
- i)** să respecte normele de raportare a bolilor, conform prevederilor legale în vigoare;
- j)** să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului de specialitate și a unității sanitare, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală;
- k)** să își stabilească programul de activitate și să îl afișeze într-un loc vizibil la cabinetul medical/laboratorul medical, cu respectarea prevederilor prezentului contract-cadru și a normelor, și să stabilească programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;
- l)** să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct, despre diagnosticul și tratamentele recomandate; să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie la care este înscris asiguratul;
- m)** să acorde servicii medicale de specialitate tuturor asiguraților, fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- n)** să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare a datelor care au stat la baza încheierii contractului cu aceasta;
- o)** să acorde asistență medicală asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția de asigurări sociale de sănătate pentru aceștia;
- p)** să nu încaseze de la asigurați contribuție personală pentru serviciile medicale furnizate, care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor și condițiilor prevăzute în norme;
- q)** să afișeze într-un loc vizibil la cabinetul medical sau la laborator numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuale;
- r)** să nu refuze efectuarea stagiului de către medicii stomatologi stagieri repartizați de Comisia de stomatologie a consiliului județean al Colegiului Medicilor din România împreună cu spitalele cu care aceștia au încheiat contract de muncă; această obligație revine medicilor stomatologi specialiști și primari;
- s)** să pună la dispoziția asiguraților la nivelul cabinetului medical/laboratorului medical pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, potrivit legii precum și obligațiile furnizorului de servicii medicale în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate
- t)** să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.
- (2)** Se recomandă participarea furnizorilor de servicii medicale care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate la acțiunile de instruire organizate de direcțiile de sănătate publică, respectiv de direcțiile medicale ori structurile similare organizate conform [Legii nr. 100/1998](#), cu completările ulterioare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie și casele de asigurări de sănătate, privind aplicarea unitară a actelor normative referitoare la asigurările de sănătate și a actelor normative privind asistența medicală în România.

Articolul 35

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate au următoarele drepturi:

- a)** să primească contravaloarea serviciilor medicale efectiv realizate, potrivit contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate;
- b)** să fie informați permanent și din timp asupra condițiilor furnizării serviciilor medicale;
- c)** să cunoască condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate și decontate de casele de asigurări de sănătate;
- d)** să încaseze contravaloarea serviciilor medicale efectuate care nu constituie urgențe medicale și nu sunt cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale sau în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, ori a serviciilor medicale pentru care asiguratul nu are bilet de trimitere, cu excepția afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, și coplata pentru unele servicii medicale, stabilite de comisia formată

din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, prevăzute în norme.

Articolul 36

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

- a)** să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate autorizați și acreditați și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților;
- b)** să controleze activitatea furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, conform contractelor încheiate cu aceștia;
- c)** să verifice prescrierea medicamentelor și recomandările pentru efectuarea investigațiilor paraclinice ale furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, în conformitate cu reglementările în vigoare;
- d)** să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale, în baza contractelor încheiate cu aceștia, și să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, datele solicitate în vederea calculării valorii definitive a punctului;
- e)** să deconteze furnizorilor de servicii medicale contravaloarea serviciilor contractate și prestate, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind activitatea realizată, prezentate atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic, pe fiecare asigurat în parte, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în urma verificării acestora;
- f)** să asigure un sistem permanent de informare a asiguraților asupra drepturilor pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;
- g)** să accepte un sistem informațional unitar și confidențial corespunzător asigurării cel puțin a unei evidente primare privind diagnosticul și terapia aplicată;
- h)** să informeze permanent furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate asupra condițiilor de contractare; să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, atât prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- i)** să furnizeze, la solicitarea Ministerului Sănătății, prin direcțiile de sănătate publică, datele de identificare a persoanelor înregistrate la acestea, pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform reglementărilor în vigoare;
- j)** să monitorizeze pe codul numeric personal (CNP) al fiecărui asigurat, numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se află în relație contractuală.

Articolul 37

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorul de servicii medicale de specialitate și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal al unităților sanitare prevăzute la art. 30 alin. (1), pe baza următoarelor documente:

- a)** certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale sau actul de înființare/organizare a unității sanitare;
- b)** autorizația sanitară;
- c)** cont deschis la Trezoreria statului;
- d)** codul numeric personal sau codul fiscal, după caz;
- e)** certificatul de acreditare al furnizorului;
- f)** dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, obținută conform Normelor pentru reglementarea sistemului de asigurări de răspundere civilă pentru furnizorii de servicii medicale și farmaceutice care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;
- g)** datele necesare pentru încadrarea laboratoarelor medicale, conform criteriilor de selecție prevăzute în normele de aplicare a contractului-cadru.

(2) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale clinice și stomatologice încheie contract cu casa de asigurări de sănătate din raza administrativ-teritorială în care își are sediul furnizorul de servicii medicale sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului. Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice încheie contract cu casa de asigurări de sănătate din raza administrativ-teritorială în care își are sediul, filiale sau puncte de lucru furnizorul de servicii medicale și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității

Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului.

(3) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția acestora.

(4) Fiecare medic de specialitate care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară ambulatorie de specialitate organizată conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu completările ulterioare, își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea, pentru specialitățile clinice, de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 38

Articolul 38

(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice își stabilesc programul de activitate de luni până vineri și opțional sâmbăta, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână.

(2) În situația în care volumul serviciilor medicale necesar a fi furnizat asiguraților nu conduce la o încărcare corespunzătoare a programului de lucru, acesta poate fi redus în mod corespunzător cu acordul direcțiilor de sănătate publică, respectiv al direcțiilor medicale ori structurilor similare organizate conform [Legii nr. 100/1998](#), cu completările ulterioare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie și al caselor de asigurări de sănătate. În situația în care necesarul de servicii medicale de o anumită specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicul poate să acorde servicii medicale în cadrul unui program majorat cu până la 50%. În situația în care programul majorat nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, medicul va întocmi liste de așteptare pentru asigurați.

(3) În cabinetele medicale stomatologice și în laboratoarele medicale medicii își vor stabili programul de activitate în funcție de volumul serviciilor medicale stomatologice și al serviciilor medicale paraclinice contractate.

(4) Serviciile medicale din specialitățile clinice și stomatologice se acordă conform programărilor.

(5) Medicul de specialitate care are contract de muncă sau integrare clinică într-o secție a unui spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în cadrul unui program de activitate care, pentru specialitățile clinice, să nu depășească 50% din numărul de ore prevăzut la alin. (1), stabilit în afara celui din spital, într-un cabinet organizat conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu completările ulterioare, în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale ambulatorii de specialitate; nerespectarea acestei prevederi atrage măsuri mergând până la rezilierea contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Medicul de specialitate care are contract de muncă sau integrare clinică pentru activitate desfășurată exclusiv în cabinete medicale de specialitate fără personalitate juridică care se află în structura spitalelor poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în afara programului de activitate din spital, în condițiile prevăzute la alin. (2) sau la alin. (5).

Articolul 39

(1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se face prin:

a) plata prin tarif exprimat în puncte pentru specialitățile clinice, stabilită în funcție de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, gradul profesional al medicilor și de valoarea unui punct, stabilită în condițiile prevăzute în norme. Lista cuprinzând serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, lista serviciilor medicale pentru care este prevăzută coplata precum și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și sunt prevăzute în norme.

Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Valoarea definitivă a punctului este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru și nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct și stabilită în norme și valabilă pentru anul 2004. În situația în care bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate este diminuat prin acte normative, se recalculează valoarea minimă garantată pentru un punct.

b) plata prin tarif exprimat în lei pentru serviciile medicale acordate în specialitățile paraclinice și stomatologice. Suma convenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și tarifele aferente acestora. Lista serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, potrivit legii, tarifele acestora, condițiile în care se acordă și lista serviciilor medicale pentru care este prevăzută coplata se stabilesc de

comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și sunt prevăzute în norme;

c) plata pe bază de sumă fixă negociată pe pachet de servicii medicale stabilit de comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și prevăzut în norme, care reprezintă un extras din pachetul de servicii de bază. Suma fixă negociată se stabilește în funcție de volumul de servicii medicale estimat ca necesar pentru asigurați, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția acestora de asigurări sociale de sănătate.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale ambulatorii de specialitate în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii din cabinetele medicale școlare sau studentești pentru elevi respectiv studenți, medicii din cabinetele medicale de unitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale, pentru asigurați care nu sunt înscrși în lista unui medic de familie, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Secretariatului de Stat pentru Persoanele cu Handicap, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt incluse pe lista unui medic de familie, medicii din serviciile publice specializate sau organisme private autorizate pentru copii încredințați sau dați în plasament, dacă nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie, medicii din alte instituții de ocrotire socială dacă persoanele instituționalizate nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie, medicii din unitățile de asistență medico-socială precum și pe bază de scrisoare medicală de la medicii de specialitate din spitale, în situația în care este necesar un tratament ambulatoriu înainte de internarea în spital sau atunci când este necesar un astfel de tratament după externare, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, situație în care medicii de specialitate vor solicita persoanelor respective actele doveditoare care atestă calitatea de asigurat.

(3) Persoanele care se prezintă la medicul de specialitate fără bilet de trimitere, cu excepția urgențelor medico-chirurgicale, a afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate și a serviciilor stomatologice, plătesc contravaloarea serviciilor medicale la tarifele stabilite de fiecare furnizor, afișate la loc vizibil.

(4) Trimiterea asiguratului de către un medic de specialitate aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate către un alt medic din ambulatoriul de specialitate aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate se face pe baza biletului de trimitere numai pentru situația în care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului respectiv.

Articolul 40

Veniturile realizate conform art. 39 alin. (1) reprezintă veniturile furnizorilor de servicii medicale, din care se suportă și următoarele categorii de cheltuieli:

- a)** cheltuielile de personal pentru angajații cabinetului medical - medici, cadre medii sanitare, alte categorii de personal;
- b)** cheltuielile pentru administrarea și funcționarea cabinetului medical, inclusiv cheltuieli de capital;
- c)** cheltuielile cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență. Medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății.

Articolul 41

Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) republicată, cu completările ulterioare, poate angaja medici, dentiști, personal mediu sanitar și alte categorii de personal, în condițiile prevăzute de aceeași ordonanță, achitând lunar toate contribuțiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. Drepturile salariale ale cadrelor medii sanitare se stabilesc prin negociere cu respectarea legislației în vigoare. În situația în care volumul de activitate al cabinetului medical conduce la un program de lucru săptămânal de minimum 35 de ore al medicului de familie, încadrarea personalului mediu sanitar pe bază de contract individual de muncă este obligatorie.

Articolul 42

(1) În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică, respectiv direcțiile medicale ori structurile similare organizate conform [Legii nr. 100/1998](#), cu completările ulterioare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, împreună cu reprezentanți ai consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, constata nerespectarea programului de lucru stabilit, se va diminua valoarea definitivă a punctului aferent trimestrul respectiv medicilor la care se înregistrează aceste situații sau după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor medicale stomatologice sau paraclinice aferente trimestrului respectiv, după cum urmează:

- a)** la prima constatare cu 10%;
- b)** la a doua constatare cu 15%;
- c)** la a treia constatare cu 20%.

În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate împreună cu reprezentanți ai consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, constata abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuția personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate, se va diminua valoarea definitivă a punctului în trimestrul respectiv medicilor la care se înregistrează această situație, sau după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor medicale stomatologice aferente trimestrului respectiv conform prevederilor de la lit. a), b) și c) pentru fiecare din situațiile mai sus.

(2) Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări, în condițiile alin. (1), la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la întregirea fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(3) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic /furnizor, după caz.

Articolul 43

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, 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 ambulatorii de specialitate și casele de asigurări de sănătate. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunară se face la valoarea minimă garantată, iar regularizarea trimestrială, la valoarea definitivă, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, pe baza documentelor prezentate de furnizori în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare trimestrului pentru care se face plata, potrivit normelor.

(2) Casele de asigurări de sănătate care au încheiat contracte cu centrele de referință vor vira acestora, în primele 5 zile ale lunii curente, 30% din valoarea lunară a contractului, urmând ca diferența să se vireze în primele 10 zile ale lunii următoare, pe bază de factură, cu condiția asigurării continuității furnizării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale, precum și asigurării calității serviciilor furnizate și satisfacerii tuturor solicitărilor de servicii medicale în condițiile prevăzute prin norme. Facturile emise de centrele de referință vor fi însoțite de listele cuprinzând persoanele asigurate beneficiare ale serviciilor medicale efectiv prestate, de numărul de servicii medicale care au stat la baza stabilirii sumei fixe negociate pentru luna pentru care se face decontarea, în condițiile stabilite prin norme.

Articolul 44

Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

Articolul 45

Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă de casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

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

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

c) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia ori încetarea acreditării furnizorului;

d) nerespectarea termenelor de raportare, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate conform prezentei hotărâri, pe baza documentelor de raportare, pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru;

e) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurii de diminuare a valorii definitive a punctului sau a contravalorii serviciilor stomatologice/paraclinice pentru nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice;

f) în cazul în care se constată încasarea de contribuție personală de la asigurați pentru serviciile medicale care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor și condițiilor prevăzute în norme;

g) neanunțarea casei de asigurări de sănătate a oricărei modificări privind condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

Articolul 46

Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) cabinetul medical se mută din teritoriul de funcționare;

b) a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;

c) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

- d)** încetare prin faliment, dizolvare, lichidare, în cazul cabinetelor medicale organizate potrivit [art. 15 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu completările ulterioare;
- e)** încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- f)** acordul de voință al părților;
- g)** denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al cabinetului medical sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Articolul 47

Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistență medicală gratuită suportată din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de bază de servicii medicale, care cuprinde atât contravaloarea serviciilor acordate oricărui asigurat, cât și suma aferentă coplății prevăzută la unele servicii ca obligație de plată pentru asigurat, în condițiile prevăzute în norme.

Capitolul IV SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI

Articolul 48

(1) Asistența medicală spitalicească se acordă în unități sanitare cu paturi, indiferent de forma de proprietate, autorizate / acreditate, care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Unitățile sanitare cu paturi pot avea în structură și ambulatoriul integrat al spitalului care se organizează și funcționează conform reglementărilor emise de Ministerul Sănătății. Activitatea medicală desfășurată în ambulatoriul integrat al spitalului va completa doar activitatea medicală spitalicească pentru care casele de asigurări de sănătate nu încheie contracte de furnizare de servicii medicale distinct cu spitalele.

Ambulatoriul integrat al spitalului va avea în componenta doar specialități cu corespondența în secțiile cu paturi din spital, va fi deservit de medici din secțiile respective în cadrul programului de lucru din cadrul spitalului. Dacă se considera necesar, pentru asigurarea unor servicii medicale complete, în ambulatoriul integrat al spitalului pot funcționa și cabinete medicale de alte specialități, la care, prin specificul său, spitalul apelează frecvent.

(2) Asistența medicală spitalicească se asigură pentru cazurile acute și cronice.

Criteriile care stau la baza internării în spital sunt următoarele:

a) pentru cazurile acute:

- 1) urgente medico-chirurgicale sau orice alte situații în care este pusă în pericol viața pacientului sau au acest potențial;
- 2) diagnosticul nu poate fi stabilit în ambulatoriu deoarece cazul necesită investigații ce nu pot fi efectuate în regim ambulatoriu sau pentru că pacientul este nedeplasabil;
- 3) tratamentul nu poate fi aplicat în condițiile asistenței medicale ambulatorii deoarece se face sub supraveghere medicală continuă, pacientul este nedeplasabil sau necesită izolare;

b) pentru cazurile cronice: cazurile care necesită tratament medical și/sau chirurgical sub supraveghere medicală, servicii medicale de îngrijiri paliative (acordate în unități sanitare autorizate/avizate, după caz, de Ministerul Sănătății), transplant de organe și țesuturi, în condițiile stabilite prin norme.

c) alte situații bine justificate de către medicul care face internarea și avizate de medicul șef de secție

Articolul 49

(1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale spitalicești contractate cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc prin norme și pot fi, după caz:

a) tarif pe caz rezolvat: sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități;

b) buget stabilit pe titluri, articole și alineate de cheltuieli pe bază de indicatori specifici stabiliți prin norme pentru spitalele/secțiile la care nu se aplică prevederile lit. a);

c) tarif pe serviciu medical.

(2) Spitalele beneficiază, de asemenea, și de:

a) sume aferente programelor de sănătate pentru medicamente și materiale sanitare specifice, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate

b) sume pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală - staționar de zi, cabinete de planificare familială, decontate din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite prin norme;

c) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, care se afla în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite în norme;

d) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în: boli infecțioase, staționare de zi, structuri de primire urgente - unitate de primire urgente, compartiment de primire urgente, modul de urgență, camera de gardă -, cabinet stomatologic pentru serviciile de urgență, decontate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești, în condițiile stabilite prin norme;

e) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu conform prevederilor legale în vigoare pentru situațiile în care în zona respectivă nu sunt organizate laboratoare pentru investigații paraclinice sau acestea există dar nu se afla în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau cele existente și aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu pot asigura în întregime necesarul de investigații paraclinice, sume finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru serviciile medicale paraclinice, în condițiile stabilite prin norme;

f) sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, farmaciștii și stomatologii rezidenți din anii 3-7, pentru medicii, stomatologii și farmaciștii stagiași și pentru personalul din activitatea de cercetare, încadrări cu contract de muncă în spital;

(3) Sumele prevăzute la alin. (2) lit. b) - f) se alocă prin încheierea de acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

Articolul 50

Pentru unitățile de asistență medico-socială, sumele decontate de casele de asigurări de sănătate se alocă și se utilizează conform prevederilor [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 48/2003](#) privind unele măsuri în vederea întăririi disciplinei financiare și a creșterii eficienței utilizării fondurilor în sistemul sanitar precum și modificarea unor acte normative, în condițiile stabilite prin norme.

Articolul 51

(1) - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unitățile sanitare cu paturi sunt obligate:

a) să acorde servicii medicale respectând criteriile de calitate elaborate de Colegiul Medicilor din România și Ordinul Asistenților Medicali din România și negociate cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

b) să nu refuze acordarea asistenței medicale de urgență ori de câte ori se solicită aceste servicii;

c) să informeze asigurații despre serviciile medicale oferite și despre modul în care sunt furnizate;

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

e) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată, conform contractului de furnizare de servicii medicale. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate; desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și sunt puse la dispoziție furnizorilor de servicii medicale contra cost de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage nedecontarea la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale spitalicești a serviciilor furnizate;

f) să acorde servicii medicale de specialitate tuturor asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia;

g) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, prin scrisoare medicală, despre diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate sau să transmită orice alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului;

h) să respecte destinația sumelor contractate prin acte adiționale.

i) să întocmească liste de așteptare pentru serviciile medicale programabile, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, pentru eficientizarea serviciilor medicale;

j) să transmită datele solicitate de casele de asigurări de sănătate și de direcțiile de sănătate publică privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor consultate sau tratate, fiind direct răspunzătoare de corectitudinea acestora, potrivit formularelor de raportare stabilite prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și care se pun la dispoziție în mod gratuit;

k) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți prin norme;

l) să elibereze acte medicale în condițiile stabilite prin norme;

m) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat;

n) să țină evidența distinctă a pacienților internați în urma unor accidente de muncă inclusiv a sportivilor profesioniști apărute în cadrul exercitării profesiei, accidente rutiere și vătămări corporale prin agresiune precum și a îmbolnăvirilor profesionale, pentru care contravaloarea serviciilor medicale acordate nu se suportă din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

o) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform Clasificării internaționale a bolilor - varianta 10, pe baza reglementărilor în vigoare;

p) să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

(2) În situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgență; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență; în această situație casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condițiile stabilite prin norme. Criteriile de stabilire a urgențelor, numărul de zile de spitalizare pe specialități considerat perioada de urgență, sunt prevăzute în norme.

Articolul 52

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unitățile sanitare cu paturi au următoarele drepturi:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale efectiv realizate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit contractelor și actelor adiționale încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

b) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale efectuate, de la persoanele care se prezintă fără bilet de trimitere și care nu constituie urgențe medico-chirurgicale, a serviciilor medicale care nu sunt suportate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate precum și coplată pentru unele servicii medicale stabilite de comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, prevăzute în norme;

c) să cunoască condițiile de contractare a serviciilor medicale decontate de casele de asigurări de sănătate

Articolul 53

În relațiile contractuale cu unitățile sanitare cu paturi, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să contracteze servicii medicale spitalicești numai cu spitalele autorizate și acreditate în care își desfășoară activitatea medici care au specialitatea corespunzătoare profilului secțiilor spitalului;

b) să monitorizeze serviciile medicale acordate asiguraților de către furnizorii de servicii medicale spitalicești conform contractelor încheiate cu spitalele;

c) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind serviciile medicale acordate asiguraților de către furnizorii de servicii medicale spitalicești, în baza contractelor încheiate cu aceștia, și să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

d) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele negociate și contractate;

e) să țină evidența internărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care acesta virează contribuția.

Articolul 54

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești se încheie între reprezentantul legal al unității medicale spitalicești și casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

a) actul de înființare/organizare;

b) autorizația sanitară de funcționare;

c) codul fiscal;

d) contul deschis la Trezoreria statului;

e) certificat de acreditare eliberat conform legii;

f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, obținută conform Normelor pentru reglementarea sistemului de asigurări de răspundere civilă pentru furnizorii de servicii medicale și farmaceutice care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului. Spitalele din rețeaua apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești numai cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, avându-se în vedere la contractare și decontare întreaga activitate

desfășurată pentru asigurați, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia.

Articolul 55

(1) Serviciile medicale spitalicești se acordă în spitale generale sau de specialitate și cuprind:

- a)** consultații;
- b)** investigații;
- c)** stabilirea diagnosticului;
- d)** tratamente medicale și chirurgicale;
- e)** îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

(2) În unitățile sanitare ambulatorii autorizate de Ministerul Sănătății se pot acorda în regim ambulatoriu servicii medicale de tip spitalicesc pentru asigurații care nu necesită internare, suportate din fondurile aferente asistenței medicale ambulatorii de specialitate, prin tarif pe serviciu medical, stabilite de o comisie formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu consultarea Colegiului Medicilor din România, în condițiile stabilite prin norme.

Articolul 56

Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza recomandării de internare din partea medicului de familie, a medicului de specialitate din unități sanitare ambulatorii sau a medicilor din unitățile de asistență medico-socială, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Excepție fac urgențele medico-chirurgicale și bolile cu potențial endemo-epidemic care necesită izolare și tratament și internările obligatorii pentru bolnavii psihiici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau al urmăririi penale.

Articolul 57

Valoarea totală contractată de casele de asigurări de sănătate cu spitalele se constituie din următoarele sume, după caz:

- a)** suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat: sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;
- b)** suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face prin buget stabilit pe titluri, articole și alineate de cheltuieli pe baza indicatorilor specifici stabiliți prin norme pentru spitalele/secțiile pentru care nu se încadrează în prevederile lit. a), finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;
- c)** suma aferentă programelor de sănătate pentru medicamente și materiale sanitare specifice, finanțată din fondul alocat pentru programele naționale de sănătate, care face obiectul unui contract distinct;
- d)** sume pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală - staționar de zi, cabinete de planificare familială, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, stabilite în raport cu cheltuielile de personal și cheltuielile de întreținere și funcționare ale dispensarelor TBC și laboratoarelor de sănătate mintală staționar de zi, cabinetelor de planificare familială, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice;
- e)** sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice;
- f)** sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: boli infecțioase, staționare de zi, structuri de primire urgente - unitate de primire urgente, compartiment de primire urgente, modul de urgență, camera de gardă -, cabinet stomatologic pentru serviciile de urgență, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, stabilite în raport cu cheltuielile de personal și cheltuielile de întreținere și funcționare, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;
- g)** sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu conform prevederilor legale în vigoare pentru situațiile în care în zona respectivă nu sunt organizate laboratoare pentru investigații paraclinice sau acestea există dar nu se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau cele existente și aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu pot asigura în întregime necesarul de investigații paraclinice; sume finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru serviciile medicale paraclinice;
- h)** sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, farmaciștii și stomatologii rezidenți din anii 3-7, sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, stomatologii și farmaciștii stagiați, precum și sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru personalul din activitatea de cercetare, care au încheiat contracte individuale de muncă cu spitalele, acordate în condițiile [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 58/2001](#) privind

organizarea și finanțarea rezidențiatului, stagiaturii și activității de cercetare medicală în sectorul sanitar, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 41/2002](#), finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

i) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc efectuate în regim ambulatoriu și finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme.

Articolul 58

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele alocate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați, conform normelor, în următoarele condiții:

a) pentru spitalele în care serviciile medicale furnizate se decontează pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, decontarea se face în funcție de numărul de cazuri externate și după caz, raportate și validate de Institutul Național de Cercetare - Dezvoltare în Sănătate;

b) pentru spitalele/secțiile în care serviciile medicale furnizate se decontează prin buget stabilit pe titluri, articole și alineate de cheltuieli pe baza indicatorilor specifici stabiliți prin norme, și care sunt aceiași cu cei avuți în vedere la contractare, decontarea se face pentru un pachet de servicii medicale spitalicești în condițiile stabilite prin norme;

c) suma aferentă programelor naționale de sănătate pentru medicamente și materiale sanitare specifice se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei prevăzute prin programe pentru medicamente și materiale sanitare specifice;

d) sumele pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC și laboratoare de sănătate mintală - staționar de zi, cabinete de planificare familială se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectiv realizate, efectuate în limita sumelor prevăzute în actul adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești stabilite pe baza statului de funcțiuni aprobat și a cheltuielilor de întreținere și funcționare contractate, în condițiile stabilite prin norme;

e) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, efectuate în regim ambulatoriu se decontează în condițiile specifice ambulatoriului de specialitate;

f) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în: boli infecțioase, staționare de zi, structuri de primire urgente - unitate de primire urgente, compartiment de primire urgente, modul de urgenta, camera de garda -, cabinet stomatologic pentru serviciile de urgenta se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectiv realizate, efectuate în limita sumelor prevăzute în actul adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești stabilite pe baza statului de funcțiuni aprobat și a cheltuielilor de întreținere și funcționare contractate, în condițiile stabilite prin norme;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu se decontează în condițiile prevederilor specifice ambulatoriului de specialitate pentru specialități paraclinice;

h) sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, farmaciștii și stomatologii rezidenți din anii 3 - 7, pentru medicii, stomatologii și farmaciștii stagiați, și pentru personalul din activitatea de cercetare, care au încheiat contracte individuale de muncă cu spitalele, acordate în condițiile [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 58/2001](#) privind organizarea și finanțarea rezidențiatului, stagiaturii și activității de cercetare medicală în sectorul sanitar, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr. 41/2002](#), se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectuate în limita sumelor prevăzute în actul adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești;

i) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc efectuate în regim ambulatoriu și finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme.

Articolul 59

Spitalele vor acoperi din sumele obținute conform art. 58, cu excepția sumelor pentru medicamente și materiale specifice, acoperite prin programele naționale de sănătate, toate cheltuielile care, potrivit legii, sunt suportate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, inclusiv pentru:

a) investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară, cu excepția investigațiilor paraclinice efectuate în centrele de referință;

b) dispensarele medicale care, datorită lipsei unui medic, nu s-au putut constitui în cabinete medicale organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu completările ulterioare și care rămân în structura unităților sanitare cu paturi la care sunt arondate, în condițiile stabilite prin norme.

Articolul 60

Însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și însoțitorii persoanelor cu handicap grav beneficiază de plată serviciilor hoteliere (cazare și masă) din partea casei de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme.

Articolul 61

(1) Casele de asigurări de sănătate nu decontează contravaloarea:

- a) serviciilor hoteliere cu grad înalt de confort; definirea gradului standard de confort se stabilește prin norme;
 - b) serviciilor medicale efectuate la cerere;
 - c) unor servicii medicale de înaltă performanță, stabilite de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, altele decât cele prevăzute în norme;
 - d) corecțiilor estetice pentru persoane în vârstă de peste 18 ani;
 - e) fertilizării în vitro, inclusiv medicația pentru aceasta;
 - f) transplantului de organe și țesuturi, cu excepția cazurilor prevăzute în norme.
- (2) Tarifele serviciilor prevăzute la alin. (1) se stabilesc de unitățile sanitare care acordă aceste servicii în condițiile legii.

Articolul 62

Modalitățile de contractare și de decontare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate se stabilesc prin norme.

Articolul 63

Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

Articolul 64

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

- a) spitalele nou-înființate nu încep activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare, expirarea valabilității acesteia ori încetarea acreditării furnizorului;
- c) nerespectarea obligațiilor contractuale, constatată cu ocazia controlului efectuat de instituțiile abilitate să efectueze acest control.

Articolul 65

Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) încetarea activității furnizorilor de servicii medicale spitalicești prin desființare sau reprofilare, faliment, dizolvare, lichidare;
- b) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- c) acordul de voință al părților;
- d) mutarea sediului unității sanitare;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Articolul 66

Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul anulării de plin drept din obiectul contractului a unor servicii, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

- a) o secție sau unele secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare;
- b) retragerea, la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia.

Capitolul V

SERVICII MEDICALE DE URGENTA ȘI TRANSPORT SANITAR

Articolul 67

Asistența medicală de urgență și transport sanitar se acordă de către:

- a) serviciile medicale specializate, autorizate și acreditate, și constă în servicii medicale de urgență efectuate la locul accidentului sau al îmbolnăvirii și transportul până la unitatea sanitară, precum și unele servicii de transport sanitar;
- b) unitățile specializate autorizate și acreditate în efectuarea unor servicii de transport sanitar.

Articolul 68

(1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale de urgență sunt:

- a)** tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediul rural, milă parcursă sau ora de zbor pentru serviciile de transport medical;
 - b)** tarif pe solicitare pentru serviciile medicale de urgență, pe tipuri de solicitare.
- (2)** Pentru alte tipuri de transport sanitar se utilizează tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediu rural, milă parcursă sau oră de zbor, după caz. Lista serviciilor de transport sanitar pentru care se încasează coplată se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Medicilor din România, și este prevăzută în norme.

Articolul 69

În relațiile contractuale cu casa de asigurări de sănătate serviciile medicale specializate/unitățile specializate, autorizate și acreditate care acordă servicii medicale de urgență și de transport sanitar sunt obligate, după caz:

- a)** să acorde îngrijiri medicale de urgență, în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la locul accidentului și până la rezolvarea stării de urgență, în limita competențelor, cu respectarea criteriilor de calitate elaborate conform prevederilor legale în vigoare;
- b)** să asigure prezența personalului medico-sanitar din unitățile specializate în orice situație care necesită acordarea serviciilor medicale de urgență majoră;
- c)** să folosească medicația, materialele sanitare și aparatură medicală din dotarea mijlocului de transport la locul accidentului sau al îmbolnăvirii ori în timpul transportului;
- d)** să informeze asigurații despre serviciile medicale oferite și despre modul în care vor fi furnizate;
- e)** să utilizeze în condiții de eficiență sumele pentru serviciile contractate cu casa de asigurări de sănătate;
- f)** să acorde servicii medicale de urgență fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament și transport;
- g)** să informeze medicul de familie al asiguratului, în situația în care acesta nu este caz de internat, despre diagnosticul stabilit, investigațiile și tratamentele efectuate;
- h)** să informeze unitatea sanitară la care transportă pacientul despre investigațiile și tratamentele efectuate;
- i)** să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la pacienți, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- j)** să elibereze adeverințe medicale de urgență, certificate constatatoare de deces, prescripții medicale, după caz, conform normelor;
- k)** să anunțe casa de asigurări de sănătate atunci când este suspendată sau anulată autorizația sanitară de funcționare sau acreditarea;
- l)** să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată, conform contractului de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate, atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și sunt puse la dispoziție furnizorilor de servicii medicale contra cost de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage nedecontarea la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale de urgență și alte tipuri de transport sanitar a serviciilor medicale furnizate;
- m)** să asigure servicii medicale de urgență utilizând mijlocul de transport adecvat și echipamentul corespunzător situației respective;
- n)** să introducă monitorizarea apelurilor astfel încât să fie respectată și urmărită promptitudinea la solicitare, stabilită conform normelor;
- o)** să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare;
- p)** să acorde servicii medicale tuturor asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția de asigurări sociale de sănătate pentru aceștia.

Articolul 70

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate serviciile medicale specializate/unitățile specializate au următoarele drepturi, după caz:

- a)** să primească contravaloarea serviciilor medicale de urgență/serviciilor de transport sanitar efectiv realizate potrivit contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate;
- b)** să cunoască condițiile de contractare pentru activitatea suportată din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontată de casele de asigurări de sănătate;
- c)** să încaseze coplată din partea asiguraților pentru unele servicii de transport sanitar stabilite de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, prevăzute în norme.

Articolul 71

În relațiile contractuale cu serviciile medicale specializate/unitățile specializate casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații, după caz:

- a)** să controleze activitatea serviciilor medicale specializate/unităților specializate conform contractelor încheiate cu acestea;
- b)** să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de serviciile medicale specializate/unitățile specializate, în baza contractelor încheiate cu acestea, și să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- c)** să deconteze serviciilor medicale specializate/unităților specializate în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale de urgență și a serviciilor de transport sanitar acordate în interesul asiguraților, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele negociate și contractate.

Articolul 72

Contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și de transport sanitar se încheie între reprezentantul legal al serviciilor medicale specializate/unităților specializate și casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

- a)** actul de înființare/organizare;
- b)** autorizația sanitară de funcționare;
- c)** codul fiscal;
- d)** contul deschis la Trezoreria statului;
- e)** certificat de acreditare;
- f)** dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, obținută conform Normelor pentru reglementarea sistemului de asigurări de răspundere civilă pentru furnizorii de servicii medicale și farmaceutice care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Articolul 73

Lista cuprinzând serviciile medicale de urgență și de transport sanitar se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și este prevăzută în norme.

Articolul 74

Sumele aferente serviciilor contractate cu serviciile medicale specializate/unitățile specializate au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Articolul 75

Modalitățile de contractare și de decontare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar se stabilesc prin norme.

Articolul 76

Raportarea eronată a unor servicii medicale de urgență și transport sanitar se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

Articolul 77

Contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și de transport sanitar se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

- a)** întreruperea activității furnizorului;
- b)** ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau încetarea valabilității acesteia ori încetarea acreditării furnizorului;
- c)** nerespectarea obligațiilor contractuale nejustificat, constatată cu ocazia controlului efectuat de instituțiile abilitate să efectueze acest control.

Articolul 78

Contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și de transport sanitar, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a)** încetarea activității furnizorului prin desființare, lichidare, dizolvare;
- b)** încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- c)** acordul de voință al părților;
- d)** denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau de către casa de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice înainte de data de la care se dorește încetarea contractului.

Capitolul VI

ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

Articolul 79

(1) Îngrijirile medicale la domiciliu se acordă de către persoane fizice sau juridice, autorizate și acreditate în condițiile legii, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

(2) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu prevăzută în pachetul de servicii de bază și condițiile acordării acestora se stabilesc de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și a reprezentanților Ordinului Asistenților Medicali din România și sunt prevăzute în norme.

Articolul 80

Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu este tariful pe serviciu medical. Tarifele aferente serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu precum și unele servicii pentru care se încasează coplată, se stabilesc prin norme.

Articolul 81

Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate sunt obligați:

- a)** să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu numai pe baza biletelor de recomandare eliberate de medicii din unitățile sanitare - furnizori de servicii medicale, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;
- b)** să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată;
- c)** să comunice atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia;
- d)** să respecte criteriile de calitate a serviciilor furnizate, elaborate în condițiile legii;
- e)** să respecte confidențialitatea serviciilor acordate;
- f)** să țină evidența serviciilor furnizate la domiciliul asiguratului, privind tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;
- g)** să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea prestată, conform contractului încheiat cu acestea; factura va fi însoțită de desfășuratorul serviciilor acordate atât pe suport de hârtie cât și pe suport magnetic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- h)** să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea îngrijirii medicale la domiciliu și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin norme;
- i)** să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

Articolul 82

Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au următoarele drepturi:

- a)** să primească contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, potrivit contractelor încheiate;
- b)** să fie informați despre condițiile de furnizare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu;
- c)** să încaseze coplată pentru unele servicii de îngrijiri medicale la domiciliu stabilite de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România și a reprezentanților Ordinului Asistenților Medicali din România, prevăzute în norme.

Articolul 83

În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

- a)** să contracteze servicii de îngrijiri medicale la domiciliu numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu autorizați și acreditați;
- b)** să controleze activitatea desfășurată de furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu conform contractelor încheiate cu aceștia;
- c)** să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, în baza contractelor încheiate cu aceștia, și să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

d) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, la termenele stabilite în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

e) să informeze permanent furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu despre condițiile de contractare.

Articolul 84

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se încheie între furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, prin reprezentanții legali ai acestora și casele de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

a) autorizația de libera practică în domeniul îngrijirilor la domiciliu și certificatul de acreditare pentru persoanele fizice sau autorizația de funcționare și certificat de acreditare pentru persoanele juridice. Acreditarea se referă la activitatea de îngrijiri medicale la domiciliu;

b) codul fiscal sau, după caz, autorizația de liber profesionist;

c) cont deschis la Trezoreria statului;

d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, obținută conform Normelor pentru reglementarea sistemului de asigurări de răspundere civilă pentru furnizorii de servicii medicale și farmaceutice care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Articolul 85

Raportarea eronată a unor servicii se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

Articolul 86

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

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

b) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare, a autorizației de liber - profesionist, după caz, încetarea valabilității acestora, precum și încetarea acreditării furnizorului;

c) nerespectarea termenelor de raportare, 2 luni consecutiv, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate, pe baza documentelor de raportare;

d) în cazul în care se constată încasarea de contribuție personală de la asigurați pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform listelor și condițiilor prevăzute în norme;

e) nerespectarea obligațiilor contractuale constatată cu ocazia controlului efectuat de către instituțiile abilitate să efectueze acest control.

Articolul 87

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea activității furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu prin desființare, lichidare, faliment sau reprofilare;

b) a survenit decesul reprezentantului legal;

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

d) acordul de voință al părților;

e) mutarea sediului, în cazul furnizorilor cu personalitate juridică;

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va specifica temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Capitolul VII

ACORDAREA MEDICAMENTELOR CU ȘI FĂRĂ CONTRIBUȚIE PERSONALĂ ÎN TRATAMENTUL AMBULATORIU

Articolul 88

(1) Medicamentele cu și fără contribuție personală se asigură de farmaciile autorizate de Ministerul Sănătății, acreditate conform reglementărilor legale în vigoare, în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Lista cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, denumită în continuare listă, se elaborează anual de Ministerul

Sănătății și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România, și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

(3) Lista, după 3 luni de la intrarea în vigoare, se modifică/completează trimestrial prin hotărâre a Guvernului în cazul în care nu mai corespunde nevoilor de asistență medicală, pe baza analizei Ministerului Sănătății, a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a Colegiului Farmaciștilor din România, care adoptă măsurile ce se impun pentru a asigura funcționarea în continuare a sistemului, având în vedere sumele ce pot fi acordate cu această destinație.

Articolul 89

Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru fiecare medicament corespunzător denumirii comune internaționale (DCI) din listă, este prețul de referință. Prețul de referință se stabilește potrivit dispozițiilor cuprinse în norme.

Articolul 90

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate farmaciile acreditate au următoarele obligații:

- a)** să se aprovizioneze continuu cu medicamentele prevăzute în listă;
- b)** să asigure cererea de produse comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale (DCI) la prețurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor;
- c)** să practice o evidență de gestiune cantitativ valorică;
- d)** să verifice prescripțiile medicale cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă pentru a fi eliberate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele privind eliberarea prescripțiilor medicale referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei;
- e)** să nu elibereze medicamente fără prescripție medicală, pentru cele la care reglementările legale în vigoare prevăd această obligație;
- f)** să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, prin programul implementat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau printr-un program compatibil cu cerințele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, avizat de aceasta;
- g)** să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor: factură, borderou centralizator, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a datei de emitere a acestora, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele, în condițiile stabilite prin norme;
- h)** să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală, în condițiile stabilite prin norme;
- i)** să angajeze numai personal farmaceutic care posedă autorizație de liberă practică;
- j)** să informeze asigurații despre drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale;
- k)** să respecte prevederile codului deontologic al farmaciștilor în relațiile cu asigurații;
- l)** să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea furnizării medicamentelor în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale și să afișeze la loc vizibil programul farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente. Acest program se comunică direcțiilor de sănătate publică și caselor de asigurări de sănătate;
- m)** să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate a asiguratului;
- n)** să elibereze medicamentul cu prețul cel mai mic din farmacie, dacă medicul indică în prescripția medicală numai denumirea substanței active;
- o)** să anuleze medicamentele care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale;
- p)** să nu elibereze medicamentele din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;
- q)** să accepte controlul din partea reprezentanților Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, caselor de asigurări de sănătate, Ministerului Sănătății și direcțiilor de sănătate publică și Colegiului Farmaciștilor din România și a altor instituții abilitate asupra modului de desfășurare a activității.
- r)** să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie și ștampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care aceasta se află în relație contractuală
- s)** să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

Articolul 91

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate farmaciile au următoarele drepturi:

- a)** să primească de la casa de asigurări de sănătate, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate, conform facturilor emise și documentelor însoțitoare;
- b)** să fie informate permanent și la timp asupra modalității de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală;
- c)** să cunoască condițiile de contractare a furnizării de medicamente cu și fără contribuție personală;
- d)** să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor, decontat de casele de asigurări de sănătate;
- e)** să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripțiilor medicale referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei, excepție făcând situațiile de la art. 92 lit.b).

Articolul 92

În relațiile contractuale cu farmaciile acreditate casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

- a)** să încheie contracte de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai cu farmaciile autorizate și acreditate conform reglementărilor legale în vigoare;
- b)** să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora, stabilite potrivit normelor; casele de asigurări de sănătate pot deconta prescripții medicale care nu conțin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute și dacă se poate identifica medicul, asiguratul și se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecțiune acută. În această situație casele de asigurări de sănătate vor atenționa medicii care prescriu rețete fără toate datele obligatorii necesare în vederea decontării acestora, iar începând cu cea de-a treia abatere constatată casele de asigurări de sănătate vor încasa de la medicii care au eliberat prescripția medicală 10% din valoarea decontată pentru fiecare prescripție medicală la care s-au constatat astfel de deficiențe. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi la întregirea fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;
- c)** să deconteze farmaciilor acreditate cu care au încheiat contracte, în limita valorii contractate și defalcate trimestrial, contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală la termenele prevăzute în norme;
- d)** să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun;
- e)** să controleze farmaciile privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- f)** să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta;
- g)** să acorde, în cadrul sumelor negociate și contractate, avansuri de până la 30% din valoarea anuală a contractului pentru farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriile de specialitate din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească;
- h)** să aducă la cunoștință furnizorilor de servicii medicale și asiguraților cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pentru o singură boală cronică pe o lună pentru un asigurat conținând aceleași medicamente; în această situație asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada de timp acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar.

Articolul 93

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanții legali ai societăților comerciale farmaceutice autorizate și acreditate, pe baza următoarelor documente:

- a)** actele de constituire a societății;
- b)** codul fiscal;
- c)** autorizația de funcționare;
- d)** contul deschis la Trezoreria statului;
- e)** certificatul de acreditare a farmaciei;
- f)** dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, obținută conform Normelor pentru reglementarea sistemului de asigurări de răspundere civilă pentru furnizorii de servicii medicale și farmaceutice care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) În contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală se va specifică valoarea acestuia, defalcată pe trimestre. Valoarea contractului se va negocia între farmaciile acreditate și casele de asigurări de sănătate, în baza criteriilor stabilite prin norme.

(3) Clauzele contractului pot fi modificate prin acte adiționale, iar valoarea contractului poate fi corectată dacă fondul cu această destinație suferă modificări în cursul anului sau dacă se înregistrează economii la unele farmacii, în condițiile prevăzute în norme, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație.

(4) Contractele pot fi încheiate de reprezentantul legal al societății comerciale farmaceutice atât cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective, cât și cu alte case de asigurări de sănătate, în numele și pentru farmaciile din structura sa organizatorică. În situația în care în cadrul aceleiași societăți comerciale farmaceutice funcționează mai multe farmacii acreditate, situate în județe diferite, reprezentantul legal al societății comerciale încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective.

Articolul 94

(1) Modalitățile de prescriere, eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Pentru fiecare boală cronică asiguratul are dreptul la o singură prescripție medicală pe lună, cu maximum 3 medicamente care să acopere necesarul întregii luni. În situația în care există asigurați care au beneficiat de mai mult de o prescripție medicală pe o lună, la comunicarea casei de asigurări de sănătate, medicii nu mai acordă o nouă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă, pentru perioada comunicată de casa de asigurări de sănătate. În situația în care unii medici eliberează prescripții medicale pentru perioada comunicată de casa de asigurări de sănătate, în care nu trebuia să se mai acorde prescripții medicale pentru asigurat, medicii respectivi suportă contravaloarea prescripțiilor medicale respective, care va fi încasată de casele de asigurări de sănătate și care va reîntregi fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din fondul național unic pentru asigurări sociale de sănătate în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor cu prețul cel mai mic corespunzătoare fiecărei denumirii comune internaționale (DCI) cuprinse în listă.

(3) Copii 0-12 luni vor beneficia de medicamente gratuite fără plafonare valorică și cantitativă. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor 0 - 12 luni va fi suportată integral din fondul național unic pentru asigurări sociale de sănătate.

Articolul 95

Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază deplin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

- a)** dacă farmacia acreditată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;
- b)** dacă din motive imputabile farmaciei acreditate aceasta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c)** ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- d)** retragerea de către organele în drept a acreditării farmaciei sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- e)** dacă farmacia acreditată înlocuiește medicamentele neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;
- f)** nerespectarea obligațiilor contractuale în mod nejustificat, constatată cu ocazia controlului efectuat de instituțiile abilitate.

Articolul 96

Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele:

- a)** farmacia se mută din teritoriul de funcționare;
- b)** încetarea prin faliment, dizolvare, lichidare;
- c)** încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d)** acordul de voință al părților;
- e)** denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Capitolul VIII

ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENTE ORGANICE SAU FIZIOLOGICE

Articolul 97

(1) Dispozitivele medicale se acordă de către furnizorii de dispozitive medicale avizați de Ministerul Sănătății și acreditați de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, potrivit dispozițiilor legale în vigoare. Lista cuprinzând furnizorii de dispozitive medicale acreditați se face publică de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin decizie a președintelui acesteia.

(2) Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice, decontate integral sau cu contribuție personală din partea asiguratului, face parte din pachetul de servicii de bază stabilit de comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România și este prevăzută în norme.

(3) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice se acordă în baza contractelor încheiate între furnizorii de dispozitive medicale acreditați și casa de asigurări de sănătate.

Articolul 98

Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru fiecare dispozitiv medical sau pe tip de dispozitiv medical, după caz, este prețul de referință. Prețul de referință se stabilește potrivit dispozițiilor cuprinse în norme.

Articolul 99

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de dispozitive medicale acreditați au următoarele obligații:

- a)** să respecte prevederile legale privind condițiile de introducere pe piață și de utilizare a dispozitivelor medicale;
- b)** să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, atât în perioada de garanție, cât și după expirarea acesteia, pe toata perioada de utilizare, stabilită conform legii;
- c)** să livreze dispozitivele medicale și să desfășoare activități de protezare numai la sediul social sau la punctul /punctele de lucru menționat/menționate în certificatul de acreditare;
- d)** să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical;
- e)** să livreze la termenul convenit cu asiguratul dispozitivul medical comandat, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea prescripției medicale să nu sufere modificări;
- f)** să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate prețurile de vânzare cu amănuntul pentru calcularea prețului de referință și caracteristicile specifice ale dispozitivelor medicale pentru care sunt acreditați;
- g)** să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurări, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- h)** să emită facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele la comandă, după caz, audiogramele efectuate după protezarea auditivă, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu; cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;
- i)** să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;
- j)** să nu refuze contractarea furnizării de dispozitive medicale cu casele de asigurări de sănătate, la solicitarea acestora;
- k)** să accepte controlul din partea reprezentanților Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, caselor de asigurări de sănătate, Ministerului Sănătății și direcțiilor de sănătate publică, Colegiului Medicilor din România și a altor instituții abilitate asupra modului de desfășurare a activității care face obiectul contractului de furnizare de dispozitive medicale;
- l)** să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

Articolul 100

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de dispozitive medicale au următoarele drepturi:

- a)** să primească de la casa de asigurări de sănătate contravaloarea dispozitivelor medicale furnizate, conform facturilor emise și documentelor însoțitoare;
- b)** să fie informați permanent și din timp asupra modalității de furnizare a dispozitivelor medicale;
- c)** să cunoască condițiile de contractare privind furnizarea de dispozitive medicale;
- d)** să încaseze contribuție personală de la asigurați, reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință ale dispozitivelor medicale furnizate.

Articolul 101

În relațiile contractuale cu furnizorii de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

- a)** să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale înscrși în lista cuprinzând furnizorii acreditați pentru întreaga țară astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor prezentei hotărâri;
- b)** să informeze permanent furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare;

- c)** să verifice activitatea furnizorilor de dispozitive medicale conform contractelor încheiate cu aceștia;
- d)** să emită decizii privind aprobarea procurării dispozitivului medical, în limita fondurilor cu această destinație;
- e)** să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale din lista cuprinzând furnizorii acreditați pentru întreaga țară;
- f)** să asigure decontarea pe baza facturilor emise de furnizor și a documentelor însoțitoare;
- g)** să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la termenele stabilite, datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de dispozitive medicale, în baza contractelor încheiate cu aceștia;
- h)** să țină evidența deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale pe fiecare asigurat, precum și evidența dispozitivelor medicale decontate pe fiecare asigurat;
- i)** să afișeze la loc vizibil lista cuprinzând furnizorii acreditați cu care se află în relație contractuală, prețurile de vânzare cu amănuntul ale dispozitivelor medicale furnizate de aceștia, prețurile de referință ale dispozitivelor medicale;
- j)** să verifice dacă emitentul prescripției medicale se află în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înțelege furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale.

Articolul 102

Contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau fiziologice se încheie între furnizorul de dispozitive medicale avizat, acreditat, prin reprezentantul său legal, și casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

- a)** certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, înregistrarea în Registrul unic al Ministerului Sănătății, inclusiv codul fiscal și autorizația sanitară de funcționare;
- b)** contul deschis la trezoreria statului;
- c)** certificatul de acreditare;
- d)** autorizația/autorizațiile de utilizare a dispozitivelor medicale pentru care a fost acreditat și/sau, după caz, certificatul/certIFICATELE de înregistrare a dispozitivelor medicale pentru care a fost acreditat.

Articolul 103

(1) Dispozitivele medicale se acordă la recomandarea medicului de specialitate aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate direct sau prin reprezentantul legal, pe baza prescripției medicale și a cererii scrise întocmite de asigurat, de mandatarul desemnat de acesta cu procură specială sau de reprezentantul legal al asiguratului. Cererea se înregistrează la casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția asiguratului. Pentru persoana asigurată prin efectul legii cererea se depune la casa de asigurări de sănătate în a cărei rază își are domiciliul sau reședința persoana îndreptățită.

(2) Modul de prescriere, de procurare și decontare a dispozitivelor medicale se stabilește prin norme.

(3) Termenele de înlocuire, condițiile de reparare a dispozitivelor medicale și modul de decontare a reparațiilor se stabilesc prin norme, în condiții de eficiență a utilizării fondului alocat cu această destinație.

(4) Medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care prescriu dispozitive medicale și își desfășoară activitatea în cadrul unei unități sanitare autorizate și acreditate, nu pot reprezenta interesele unui furnizor de dispozitive medicale înscris în lista cuprinzând furnizorii acreditați.

Articolul 104

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță fiscală.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din fondul național unic pentru asigurări sociale de sănătate în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul de vânzare cu amănuntul cel mai mic la nivel național. În situația în care prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mic decât prețul de referință, casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul a produsului respectiv.

Articolul 105

Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

- a)** ridicarea de către organele în drept a autorizației/avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale sau expirarea termenului de valabilitate a acestora;
- b)** retragerea acreditării sau expirarea termenului de valabilitate a acreditării;

- c) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- d) nerespectarea prevederilor legale privind condițiile de introducere pe piață și de utilizare a dispozitivelor medicale;
- e) furnizarea de dispozitive medicale pentru care nu este acreditat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Articolul 106

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

- a) se schimbă adresa sediului social;
- b) încetarea prin faliment, dizolvare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;
- c) încetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) decesul sau schimbarea reprezentantului legal;
- f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Articolul 107

Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de decizii privind aprobarea procurării dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de așteptare pentru asigurări, pe categorii de dispozitive medicale.

Capitolul IX ASISTENȚA MEDICALĂ DE RECUPERARE

Articolul 108

Asistența medicală de recuperare se asigură în unități medicale de specialitate autorizate și acreditate conform legii, respectiv în spitale de recuperare, secții/compartimente de recuperare din spitale, sanatorii pentru adulți și copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică, unități ambulatorii de recuperare din structura unor unități sanitare, societăți de turism balnear și de recuperare constituite conform [Legii nr. 31/1990](#) privind societățile comerciale, republicată cu modificările și completările ulterioare și care îndeplinesc condițiile prevăzute de [Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 152/2002](#) privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobată prin [Legea nr. 143/2002](#), cabinete medicale de specialitate organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) republicată, cu completările ulterioare, precum și în alte cabinete medicale de specialitate organizate potrivit reglementărilor legale în vigoare.

Articolul 109

Modalitățile de plată în asistența medicală de recuperare sunt:

- a) buget stabilit pe titluri, articole și alineate de cheltuieli pe baza unor indicatori specifici prevăzuți în norme pentru serviciile medicale acordate în spitalele de recuperare și în secțiile/compartimentele de recuperare din spitale; contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenței medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;
- b) buget stabilit pe titluri, articole și alineate de cheltuieli pe baza unor indicatori specifici prevăzuți în norme pentru serviciile medicale acordate în sanatorii, inclusiv în sanatoriile balneare, și în preventorii. Contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenței medicale de recuperare. În cadrul sumelor negociate și contractate casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare sumele aferente lunii precedente. În cazul sanatoriilor balneare sumele negociate și contractate cu casele de asigurări de sănătate sunt diminuate cu partea de contribuție suportată de asigurați și care reprezintă 25 - 30% din indicatorul specific, în funcție de tipul de asistență medicală balneară și de durata tratamentului, în condițiile stabilite în norme;
- c) tarif pe serviciu medical în lei, stabilit prin norme, pentru serviciile medicale acordate în unități ambulatorii de recuperare din structura unor unități sanitare sau în unități ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinete medicale de specialitate organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu completările ulterioare, și în cabinete medicale de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare. Serviciile medicale de recuperare acordate în unitățile ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară și în cabinetele medicale de specialitate din structura unităților sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească, pentru care cheltuielile materiale se suportă de către unitățile în structura cărora funcționează, se decontează de casele de asigurări de sănătate prin tarife diminuate potrivit condițiilor stabilite

prin norme. Nivelul coplății pentru unele servicii medicale de recuperare efectuate în ambulatoriul de specialitate se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și este prevăzut în norme.

Articolul 110

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale de recuperare au următoarele obligații:

- a)** să acorde servicii medicale asiguraților, numai pe bază de bilet de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;
- b)** să ofere relații asiguraților despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, precum și despre serviciile medicale oferite, modul în care vor fi furnizate acestea și să îi consilieze în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;
- c)** să stabilească și să furnizeze tratamentele adecvate;
- d)** să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a pacienților;
- e)** să acorde servicii medicale tuturor asiguraților fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament;
- f)** să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- g)** să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul medical subordonat, în cazul unităților ambulatorii;
- h)** să accepte controlul din partea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a caselor de asigurări de sănătate, a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică și a direcțiilor medicale ori structurilor similare organizate conform [Legii nr. 100/1998](#), cu completările ulterioare din ministerele și instituțiile publice cu rețea sanitară proprie, împreună cu Colegiul Medicilor din România, organizat la nivel național și județean, respectiv al municipiului București, precum și a altor instituții abilitate de lege, privind modul de desfășurare a activității;
- i)** să asigure asistența medicală indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate a asiguratului;
- j)** să nu încaseze de la asigurați contribuții personale pentru serviciile medicale furnizate, care se suportă integral de casele de asigurări de sănătate;
- k)** să își stabilească programul de activitate și să îl afișeze la loc vizibil;
- l)** să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia;
- m)** să anunțe casele de asigurări de sănătate în cazul în care unității sanitare i-a fost retrasă sau suspendată autorizația sanitară de funcționare sau acreditarea;
- n)** să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată, conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate; desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și sunt puse la dispoziție furnizorilor de servicii medicale de recuperare contra cost de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage nedecontarea la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale de recuperare a serviciilor medicale furnizate
- o)** să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

Articolul 111

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale de recuperare au următoarele drepturi:

- a)** să primească contravaloarea serviciilor medicale aferente activității prestate, conform contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate;
- b)** să încaseze contravaloarea serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate, a serviciilor medicale acordate la cererea asiguraților și a contribuției personale a asiguraților pentru perioadele și numărul de proceduri care depășesc limitele contractate și decontate de casele de asigurări de sănătate;
- c)** să fie informați asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale de recuperare;
- d)** să încaseze coplată pentru unele servicii medicale de recuperare prevăzute în norme.

Articolul 112

În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de recuperare casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

- a)** să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale de recuperare, conform contractelor încheiate cu aceștia;

- b)** să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale de recuperare, în baza contractelor încheiate cu aceștia, și să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- c)** să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, la termenele stabilite în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare;
- d)** să informeze permanent furnizorii de servicii medicale de recuperare despre condițiile de contractare;
- e)** în cazul unităților sanitare cu paturi, care contractează servicii medicale de recuperare cu o singură casă de asigurări de sănătate, să deconteze serviciile medicale de recuperare acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia.

Articolul 113

Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare se încheie între reprezentantul legal al unității sanitare de recuperare și casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

- a)** actul de înființare/organizare sau certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale;
- b)** autorizația sanitară de funcționare;
- c)** codul fiscal;
- d)** contul deschis la Trezoreria statului;
- e)** certificatul de acreditare;
- f)** dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, obținută conform Normelor pentru reglementarea sistemului de asigurări de răspundere civilă pentru furnizorii de servicii medicale și farmaceutice care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Articolul 114

Recomandările pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimatice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare.

Articolul 115

Lista cuprinzând serviciile medicale de recuperare în ambulatoriu, inclusiv unele servicii medicale complementare cuprinse în pachetul de servicii de bază, condițiile acordării serviciilor medicale în sanatoriile balneare și în unitățile sanitare ambulatorii și modalitatea de decontare a acestora se stabilesc de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și sunt prevăzute în norme.

Articolul 116

Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

Articolul 117

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

- a)** unitățile sanitare cu paturi, nou-înființate, sau unitățile sanitare din ambulatoriul de specialitate, care acordă servicii de recuperare, nu încep activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
- b)** ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau încetarea valabilității acesteia ori încetarea acreditării furnizorului;
- c)** dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- d)** nerespectarea termenelor de raportare în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate, pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru - în cazul unităților sanitare ambulatorii de specialitate;
- e)** în cazul în care se constată încasarea de contribuție personală de la asigurați pentru serviciile medicale, care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor și condițiilor prevăzute în norme;
- f)** nerespectarea obligațiilor contractuale, constatată cu ocazia controlului efectuat de către instituțiile abilitate să efectueze acest control.

Articolul 118

Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a)** încetarea activității furnizorului prin desființare, lichidare, dizolvare;
- b)** se mută unitatea sanitară din teritoriul de funcționare;

- c) în cazul în care a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;
- d) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- e) acordul de voință al părților;
- f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Capitolul X

DISPOZIȚII FINALE

Articolul 119

Centrele de sănătate cu personalitate juridică înființate de Ministerul Sănătății, care au în structură paturi de spital și ambulatoriu de specialitate, încheie contract direct cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală desfășurată în calitate de furnizor de servicii medicale. Aceste centre de sănătate sunt asimilate cu spitalele comunale. Pentru serviciile medicale acordate se aplică aceleași prevederi prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme, referitoare la serviciile medicale spitalicești.

Articolul 120

Pentru centrele de sănătate cu paturi, fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate, considerat secție a spitalului respectiv.

Articolul 121

Pentru centrele de sănătate fără paturi și fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate.

Articolul 122

Contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice se încheie anual, iar decontarea serviciilor aferente lunii decembrie a anului în curs se face în luna ianuarie a anului următor, conform normelor de închidere a exercițiului bugetar.

Articolul 123

Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale pentru anul 2003 se prelungesc prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actul adițional va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală, în contractul pe anul 2004. Condițiile acordării asistenței medicale în baza actului adițional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare la data încheierii actului adițional.
