

CONTRACTUL-CADRU 2009-PARTEA I

Hotararea Guvernului Nr. 1714 din 17 decembrie 2008

pentru aprobarea Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009

Emitent: Guvernul Romaniei

Publicata in: Monitorul Oficial Nr. 885 din 29 decembrie 2008

In temeiul art. 108 din Constitutia Romaniei, republicata, și al art. 217 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul Romaniei adopta prezenta hotarare.

ART. 1

Se aproba Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, prevazut în anexa care face parte integranta din prezenta hotarare, denumit în continuare contract-cadru.

ART. 2

(1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaboreaza, în temeiul art. 217 alin. (5) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare norme, cu consultarea Colegiului Medicilor din Romania, a Colegiului Medicilor Dentisti din Romania, a Colegiului Farmacistilor din Romania și a Ordinului Asistentilor Medicali și Moaselor din Romania, a Ordinului Biochimistilor, Biologilor și Chimistilor, precum și a organizatiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical, aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice și al presedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate avizeaza normele proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizarii asistentei medicale, elaborate în termen de 30 zile de la data intrarii în vigoare a normelor prevazute la alin. (1) de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autoritatii Judecatoresti și de Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, care se aproba prin ordin al ministrului sănătății publice și al ministrilor și conducatorilor institutiilor centrale cu retele sanitare proprii.

ART. 3

Serviciile medicale, medicamentele cu și fara contributie personala și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau functionale în ambulatoriu se acorda în baza contractelor incheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate judetene, respectiv a municipiului Bucuresti, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autoritatii Judecatoresti și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, denumite în continuare case de asigurări de sănătate.

ART. 4

În domeniul asigurărilor sociale de sănătate Ministerul Sănătății Publice și Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaboreaza criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguratilor, care se refera la diagnostic și tratament medico-chirurgical și stomatologic. Aceste criterii se aproba prin ordin al ministrului sănătății publice și al presedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și au caracter obligatoriu pentru toti furnizorii care au incheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate.

ART. 5

(1) Raporturile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate sunt rapoarturi juridice civile, care vizeaza actiuni multianuale și se stabilesc și se desfasoara pe baza de contract. În situatia în care este necesara modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte aditionale. Angajamentele legale din care rezulta obligatii nu pot depasi creditele de angajament și creditele bugetare aprobate.

(2) Creditele bugetare aferente actiunilor multianuale reprezinta limita superioara a cheltuielilor care urmeaza a fi ordonantate și platite în cursul exercitiului bugetar. Platile respective sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exercitiul bugetar curent sau în exercitiile bugetare anterioare.

(3) Sumele nedecontate pentru serviciile medicale, inclusiv furnizarea de medicamente și dispozitive medicale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost inregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se inregistreaza atat la plati, cat și la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.

(4) Totalul angajamentelor legale aferente serviciilor medicale, inclusiv furnizarea de medicamente și dispozitive medicale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu pot depasi media lunara a primelor 11 luni ale anului precedent decat cu maximum 5%.

ART. 6

(1) Prevederile prezentei hotarari intra în vigoare la data de 1 aprilie 2009.

(2) Pana la data prevazuta la alin. (1) se prelungeste aplicarea prevederilor Hotararii Guvernului nr. 324/2008 pentru aprobarea Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008, publicata în Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 252 din 1 aprilie 2008, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale contractate în trimestrul I al anului 2009 prin acte aditionale la contractele incheiate în anul 2008 de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii acestora se va face din sumele prevazute pe domeniile de asistenta medicala corespunzatoare prevazute în bugetul Fondului national unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2009.

PRIM-MINISTRU

CALIN POPESCU-TARICEANU

Contrasemneaza:

Ministrul sănătății publice,

Gheorghe Eugen Nicolaescu

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Vasile Ciurchea

Ministrul economiei și finanțelor,

Varujan Vosganian

ANEXA

CONTRACT-CADRU

privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

ART. 1

(1) Furnizorii și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, denumite în continuare case de asigurări de sănătate, aflați în relație contractuală, au obligația să respecte prevederile prezentului contract-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a prezentului contract-cadru, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în temeiul art. 217 alin. (5) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, denumite în continuare norme.

(2) Nerespectarea obligațiilor contractuale de către parti conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau functionale în ambulatoriu, încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate.

ART. 2

(1) Modelele de contract pentru furnizarea de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale în ambulatoriu sunt prevăzute în norme.

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

ART. 3

(1) Casele de asigurări de sănătate comunica termenele de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale în ambulatoriu, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media.

(2) În cazul în care furnizorii de servicii medicale și furnizorii de medicamente și unele materiale sanitare depun cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor, 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 către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitate în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, 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. Casele de asigurări de sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor alocate fiecărui tip de asistență.

ART. 4

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu contractate, conform contractelor încheiate cu furnizorii.

(2) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte sau de a deconta unele servicii raportate ca realizate se poate face numai prin prezentarea în scris a cauzelor care au condus la acesta, cu precizarea temeiului legal care a stat la baza refuzului, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data solicitării, respectiv de la data depunerii documentelor justificative de plată.

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

ART. 5

(1) 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, confirmate de Comisia de arbitraj, dacă au existat contestații, sau de către instanțele de judecată, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului. 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.

(2) În cazul în care furnizorii intra în relații contractuale cu aceeași casa de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre punctele de lucru.

ART. 6

(1) Organizarea și efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale acordate asiguraților în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate. La efectuarea controlului pot participa și reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentisti din România, Colegiului Farmacistilor din România și ai Ordinului Asistentilor Medicali și Moaselor din România.

(2) Controlul calității serviciilor medicale acordate asiguraților de către furnizori se organizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate pe baza criteriilor de calitate elaborate de Ministerul Sănătății Publice și Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(3) Controlul privind respectarea obligațiilor contractuale ale furnizorilor se organizează și se efectuează de către casele de asigurări de sănătate cu care aceștia se află în relații contractuale.

(4) În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

ART. 7

(1) Furnizorii au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (denumit în continuare Fond) se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

ART. 8

(1) Furnizorii de servicii medicale, cu excepția unităților sanitare de medicină muncii - boli profesionale, cu personalitate juridică, și a secțiilor de boli profesionale, precum și a cabinetelor de medicină muncii aflate în structura spitalelor, au obligația să întocmească evidente distincte pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le

comunica lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală. Până la stabilirea caracterului "de muncă" al accidentului sau a caracterului "profesional" al bolii, conform prevederilor legale în vigoare, contravaloarea serviciilor medicale, precum și a medicamentelor și unor materiale sanitare acordate persoanelor în cauză se suportă din bugetul Fondului, urmând ca decontarea să se realizeze ulterior din contribuțiile de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz. Sumele încasate de la casele de pensii pentru anul curent constituie plățile. Sumele încasate de la casele de pensii pentru perioadele anterioare anului curent diminuează subcapitolul de cheltuieli din care s-au suportat serviciile medicale respective.

(2) Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și au obligația să comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală aceste evidente, în vederea decontării, precum și cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective, în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru anul curent constituie plățile. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, pentru perioadele anterioare anului curent, diminuează subcapitolul de cheltuieli din care s-au suportat serviciile medicale respective.

ART. 9

(1) Furnizorii de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau functionale în ambulatoriu au obligația să întocmească evidente distincte ale pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și au obligația să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efective realizate, precum și documentele care au deschis dreptul la servicii medicale.

(2) Furnizorii de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale în ambulatoriu au obligația să întocmească evidente distincte ale pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1.408/1971, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și au obligația să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale serviciile medicale acordate pentru această categorie de persoane.

ART. 10

Atributiile ce revin potrivit prezentului contract-cadru autoritatilor de sănătate publică județene și a municipiului București sunt exercitate și de către direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și institutiile centrale cu rețea sanitară proprie.

ART. 11

(1) Toate documentele care stau la baza încheierii contractelor sunt certificate pentru conformitate cu originalul prin semnatura reprezentantului legal al furnizorului.

(2) Documentele care stau la baza decontării serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și a dispozitivelor medicale în ambulatoriu se certifică prin semnatura reprezentanților legali ai furnizorilor, care răspund de exactitatea și realitatea datelor raportate.

CAPITOLUL II

Dispoziții generale și condiții specifice pentru furnizorii de servicii medicale

SECTIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 12

În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) să fie organizați în una dintre structurile aprobate conform prevederilor legale în vigoare;
- b) să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

SECTIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 13

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

- a) certificatul de inregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, pentru furnizorii organizati conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și functionarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de forma lor de infiintare și organizare, respectiv actul de infiintare sau organizare, dupa caz;
- b) autorizatia sanitara de functionare sau, dupa caz, raportul de inspectie eliberat de autoritatea de sănătate publica, prin care se confirma indeplinirea conditiilor igienico-sanitare prevazute de lege;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca;
- d) codul unic de inregistrare sau codul numeric personal (copie de pe buletinul/cartea de identitate), dupa caz;
- e) dovada de evaluare a furnizorului;
- f) dovada asigurării de raspundere civila în domeniul medical atat pentru furnizor, cat și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;
- g) dovada platii contributiei la Fond, conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Casele de asigurări de sănătate pot solicita și alte documente strict necesare incheierii contractelor, aprobate prin decizie a presedintelui-director general, cu consultarea prealabila a furnizorilor ce reprezinta acelasi segment de asistenta medicala și care solicita incheierea de contracte cu casa de asigurări de sănătate.

SECTIUNEA a 3-a

Obligatiile și drepturile generale ale furnizorilor de servicii medicale, precum și obligațiile generale ale caselor de asigurări de sănătate

ART. 14

În relatiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la diagnostic și tratament;
- b) sa informeze asiguratii cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;
- c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor și informatiilor privitoare la asigurati, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

d) sa 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 defasuratoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistența medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru titularii ai cardului european de asigurări sociale de sănătate/beneficiarii ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1.408/1971 și pentru beneficiarii ai acordurilor, înțelegerilor, convențiilor sau protocoalelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României, de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Defasuratoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

e) sa raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) sa întocmească, prin medicii pe care îi reprezintă, bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, atunci când este cazul, și sa consemneze în acest bilet sau sa atașeze la bilet, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor paraclinice, medicul va menționa pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigațiilor paraclinice și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului cărui urmează să i se adreseze; sa utilizeze formularul de bilet de trimitere către alte specialități, respectiv pentru internare din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în 3 exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și două exemplare sunt înmânate asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale clinice/spitalicești. Furnizorul de servicii medicale clinice/spitalicești păstrează un exemplar și depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității;

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

h) sa respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; pentru asigurații incluși în Programul național cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați prin actele normative în vigoare;

i) sa respecte programul de lucru, pe care sa îl afișeze la loc vizibil și sa îl comunice caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică;

j) sa anunte casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau a mai multora dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, anterior producerii acestora sau cel mai tarziu la 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, și sa indeplineasca în permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

k) sa respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) sa utilizeze formularul de prescriptie medicala pentru medicamente cu și fara contributie personala din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe tara, sa furnizeze tratamentul adecvat și sa prescrie medicamentele prevazute în Lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala, care se aproba prin hotarare a Guvernului, conform specializarii, în concordanta cu diagnosticul, cu respectarea urmatoarelor conditii:

(i) la initierea tratamentului se prescriu medicamente generice, cu exceptia cazurilor de intoleranta la acestea, justificate medical, cand se pot prescrie medicamente originale corespunzatoare aceleiasi denumiri comune internationale;

(ii) în cazul bolnavilor cronici, cu schema de tratament stabila care cuprinde medicamente originale, de comun acord cu acestia, medicul curant face evaluarea bolnavului si, în functie de rezultatele evaluarii medicale, poate inlocui medicamentele originale din schema de tratament cu medicamentele generice corespunzatoare aceleiasi denumiri comune internationale;

m) sa recomande investigatii paraclinice în concordanta cu diagnosticul și sa utilizeze biletele de trimitere pentru investigatiile paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care sunt formulare cu regim special, unice pe tara;

n) sa nu refuze acordarea asistentei medicale în caz de urgenta medico-chirurgicala, ori de cate ori se solicita;

o) sa acorde servicii medicale asiguratilor fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeii gravide și sugarilor;

q) sa afiseze intr-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se afla în relatie contractuala, precum și datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

r) sa elibereze acte medicale, în conditiile stabilite în norme;

s) sa solicite documentele justificative care atesta calitatea de asigurat, în conditiile prevazute în prezentul contract-cadru și în norme;

t) sa respecte protocoalele de practica pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afectiuni, elaborate conform dispozitiilor legale;

u) sa raporteze casei de asigurări de sănătate serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale;

v) sa acorde asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 1.408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate sociala salariatilor, lucratorilor independenti și membrilor familiilor acestora care se deplaseaza în interiorul comunitatii, în aceleasi conditii ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi în domeniul sănătății, în conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

x) sa utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situatia în care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea în procesul de transmitere a datelor;

y) sa acorde serviciile medicale prevazute în pachetul de servicii de baza, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ.

ART. 15

În relatiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca contravaloarea serviciilor medicale contractate, realizate și raportate, în limita valorii de contract incheiat cu casele de asigurări de sănătate, și validate conform normelor, la termenele prevazute în contract;

b) sa fie informati de către casele de asigurări de sănătate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative;

c) sa încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se deconteaza de casele de asigurări de sănătate din Fond, partea de contributie personala a asiguratului pentru unele servicii medicale, precum și coplata stabilita conform prevederilor legale în vigoare;

d) sa negocieze, în calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurări de sănătate, în limita prevederilor legale în vigoare.

ART. 16

În relatiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizati și evaluati și sa faca publica în termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin

afisare pe pagina web, lista acestora, pentru informarea asiguratilor, precum și valoarea de contract în cazul contractelor care au prevazuta o suma ca valoare de contract;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute în contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, pe baza facturii insotite de desfasuratoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atat pe suport hartie, cat și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

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

d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de functionare și de acordare a acestora;

e) sa acorde furnizorilor de servicii medicale sume care sa tina seama și de conditiile de desfasurare a activitatii în zone izolate, în conditii grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) sa inmaneze la momentul efectuării controlului sau, dupa caz, sa comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucratoare de la data efectuării controlului;

g) sa incaseze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de baza persoanelor care nu indeplineau calitatea de asigurat contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fara contributie personala și a unor materiale sanitare, precum și a dispozitivelor medicale acordate de alti furnizori aflati în relatie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pe baza biletelor de trimitere și/sau a prescriptiilor medicale eliberate de către acesti medici. Sumele obtinute din aceste incasari se vor folosi conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 17

(1) Serviciile care nu sunt decontate din Fond, contravaloarea acestora fiind suportata de asigurat, de unitatile care le solicita, de la bugetul de stat sau din alte surse, dupa caz, sunt urmatoarele:

a) serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de munca și sportive, asistenta medicala la locul de munca, asistenta medicala a sportivilor;

b) unele servicii medicale de inalta performanta, altele decat cele prevazute în norme;

c) unele servicii de asistenta stomatologica, altele decat cele prevazute în norme;

d) serviciile hoteliere cu grad inalt de confort;

e) corectiile estetice efectuate persoanelor cu varsta peste 18 ani;

- f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport, altele decât cele prevazute în norme;
- g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților;
- h) fertilizarea în vitro;
- i) transplantul de organe și țesuturi, cu excepția grefelor și a serviciilor medicale aferente stării posttransplant;
- j) asistența medicală la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă și a schimbării gradului de handicap;
- k) contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului și auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;
- l) contribuția personală din prețul medicamentelor, al unor servicii medicale și al dispozitivelor medicale;
- m) serviciile medicale solicitate de asigurat;
- n) unele proceduri de recuperare și de fizioterapie, altele decât cele prevazute în norme;
- o) cheltuielile de personal aferente medicilor și asistenților medicali, precum și cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare din unitățile medico-sociale;
- p) serviciile acordate în cadrul secțiilor/clinicilor de boli profesionale și cabinetelor de medicină a muncii;
- q) serviciile hoteliere solicitate de pacienții ale căror afecțiuni se tratează în spitalizare de zi;
- r) cheltuielile de personal pentru medici, farmaciști și medici dentști pe perioada rezidențiatului;
- s) serviciile de planificare familială acordate de medicul de familie în cabinetele de planning familial din structura spitalului;
- t) cheltuielile de personal pentru medicii și personalul sanitar din unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare distrofici, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copiii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;
- u) activitățile care prezintă un interes deosebit pentru realizarea strategiei de sănătate publică: dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete medicale de boli infecțioase din structura spitalelor;
- v) cheltuielile de personal, cheltuielile cu medicamente, reactivi și materiale sanitare în unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor cu structuri de urgență aprobate potrivit dispozițiilor legale, cheltuielile ocazionate de investigațiile paraclinice pentru cazurile rezolvate în aceste structuri, fără a fi necesară internarea lor în

unitatea sanitara din care face parte respectiva unitate de primire urgente sau respectivul compartiment de primire urgente, precum și cheltuielile aferente altor bunuri și servicii pentru intretinerea și functionarea acestor structuri.

(2) Contributia personala prevazuta la alin. (1) lit. l) se stabileste prin norme.

SECTIUNEA a 4-a

Conditii de reziliere, incetare și suspendare a contractelor de furnizare de servicii medicale

ART. 18

Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatarii urmatoarelor situatii:

- a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) daca din motive imputabile furnizorului acesta își intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea termenului de valabilitate a acestora;
- d) revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de desfasuratoarele privind activitatile realizate conform contractului, în vederea decontarii de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;
- f) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;
- g) nerespectarea obligatiilor contractuale prevazute la art. 14 lit. a), c), j), l), m), n), r), t), v), x), y), precum și constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate ca serviciile raportate conform contractului, în vederea decontarii acestora, nu au fost efectuate;

h) la a patra constatare a nerespectarii termenului de 5 zile lucratoare pentru remedierea oricareia dintre situatiile prevazute la art. 14 lit. e), f), h), k), o), p), q), u);

i) la a patra constatare a nerespectarii oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 14 lit. b), g) și s);

j) la prima constatare dupa aplicarea de 3 ori a masurilor pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 14 lit. i).

ART. 19

Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) furnizorul de servicii medicale se muta din raza administrativ-teritoriala a casei de asigurări de sănătate cu care se afla în relatie contractuala;

b) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;

c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurări de sănătate;

d) acordul de vointa al partilor;

e) denuntarea unilaterala a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea temeiului legal.

ART. 20

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) expirarea termenului de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru prelungirea acesteia/acestuia pana la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data expirarii acesteia/acestuia;

b) în cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

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

SECTIUNEA a 5-a

Conditii speciale

ART. 21

(1) Pentru categoriile de persoane prevazute în legi speciale, care beneficiaza de asistenta medicala gratuita suportata din Fond, în conditiile stabilite de reglementarile legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate deconteaza integral suma aferenta serviciilor medicale furnizate prevazute în pachetul de servicii medicale de baza, care cuprinde atat contravaloarea serviciilor medicale acordate oricarui asigurat, cat și suma aferenta contributiei personale prevazute la unele servicii medicale ca obligatie de plata pentru asigurat, în conditiile prevazute în norme, respectiv coplata conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Pentru asiguratii prevazuti la art. 218 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, din Fond se suporta contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca oricarui alt asigurat, iar suma aferenta contributiei personale prevazute la unele servicii medicale, respectiv coplata conform prevederilor legale în vigoare se suporta din bugetele ministerelor și institutiilor respective.

SECTIUNEA a 6-a

Asistenta medicala primara - conditii specifice

1. Conditii de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale în asistenta medicala primara

ART. 22

(1) Asistenta medicala primara se asigura de către medicii de familie prin cabinete medicale organizate conform prevederilor legale în vigoare, inclusiv cabinete medicale care functioneaza în structura sau în coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor și institutiilor centrale cu retea sanitara proprie, ca furnizori de servicii medicale în asistenta medicala primara, autorizati și evaluati potrivit dispozitiilor legale în vigoare.

(2) La contractare, furnizorul prezinta lista cuprinzand asiguratii și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, inscrite la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzand asiguratii și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, inscrite la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal incheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale. Listele vor fi raportate pe suport hartie și în format electronic în cazul contractelor incheiate de furnizori pentru medicii nou-veniti și numai în format electronic pentru medicii care au fost în relatie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent. Furnizorii care prezinta la contractare lista/listele numai în format electronic vor depune și o declarație pe propria raspundere privind

corectitudinea listei/listelor la momentul incetarii termenului de valabilitate a contractului anterior. Prin corectitudinea listei nu se intelege validarea calitatii de asigurat de către medicul de familie.

(3) Necesarul de medici de familie cu liste proprii de asigurati și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, atat pentru mediul urban, cat și pentru mediul rural, precum și numarul minim de asigurati și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale de pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se incheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistenta medicala primara intre furnizori și casele de asigurări de sănătate, se stabilesc pe localitati, de către o comisie paritara, formata din reprezentanti ai caselor de asigurări de sănătate și ai autoritatilor de sănătate publica, impreuna cu reprezentantii colegiilor teritoriale ale medicilor, cu exceptia cabinetelor medicale care functioneaza în structura sau în coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor și institutiilor centrale cu retea sanitara proprie.

(4) În localitatile urbane numarul minim de asigurati și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale inscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se incheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 1.000.

(5) Medicilor de familie al caror numar de asigurati și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, inscrise pe listele proprii, scade, timp de 6 luni consecutive, sub numarul minim pentru care se poate incheia contractul de furnizare de servicii medicale, în situatia cabinetelor medicale individuale, li se poate rezilia contractul, în conditiile legii, iar pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, medicii de familie respectivi pot fi exclusi din contract prin modificarea acestuia, ca urmare a analizarii fiecărei situatii de scadere a numarului minim de asigurati și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale de către comisia constituita conform alin. (3). Asiguratii de pe listele acestora pot opta pentru alti medici de familie aflati în relatie contractuală cu o casa de asigurări de sănătate.

(6) Numarul minim de asigurati și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale de pe listele medicilor de familie care își desfasoara activitatea în cabinete medicale care functioneaza în structura sau în coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor și institutiilor centrale cu retea sanitara proprie se stabileste prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizarii asistentei medicale.

ART. 23

(1) Medicul de familie, prin reprezentantul sau legal, indiferent de forma de organizare a furnizorului, incheie contract cu o singura casa de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a carei raza administrativ-teritoriala își are sediul cabinetul medical sau cu Casa Asigurarilor de Sănătate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autoritatii Judecatoresti, respectiv cu Casa Asigurarilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, dupa caz.

(2) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistenta medicala primara au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale deconteaza contravaloarea

serviciilor acordate asiguratilor inactivi, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidența asiguratul.

(3) Pentru realizarea serviciilor aditionale care necesita dotari speciale, medicii de familie pot incheia contracte cu furnizori de servicii medicale organizati conform prevederilor legale în vigoare, în conditiile prevazute în norme.

ART. 24

Furnizorii acorda asistenta medicala potrivit pachetului de servicii medicale de baza, asigura asistenta medicala pentru situatii de urgenta oricarei persoane care are nevoie de aceste servicii, în limita competentei, asigura asistenta medicala persoanelor care nu fac dovada calitatii de asigurat și a platii contributiei la Fond, conform pachetului minimal de servicii medicale, precum și categoriilor de persoane care se asigura facultativ pentru sănătate, potrivit legii.

ART. 25

(1) Asiguratii în vârsta de peste 18 ani au dreptul de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecinte majore în ceea ce priveste morbiditatea și mortalitatea.

(2) Pentru asiguratii care nu sunt în evidența medicului de familie cu o boala cronica, controlul medical se poate efectua la solicitarea expresa a asiguratului sau atunci cand acesta se prezinta la medicul de familie pentru o afectiune acuta. Controlul medical se poate efectua și la solicitarea medicului de familie. Ca urmare a controlului medical medicul de familie va încadra asiguratul într-o grupa de risc și va consemna acest lucru în fisa medicala.

ART. 26

Cabinetele medicale vor functiona cu minimum un asistent medical, indiferent de numarul de asigurati inactivi pe lista.

2. Programul de lucru al furnizorilor de servicii medicale din asistenta medicala primara

ART. 27

Furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara acorda servicii medicale în cadrul programului de lucru stabilit de către acestia, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

ART. 28

(1) Programul de activitate saptamanal al cabinetului medical individual, precum și al fiecarui medic de familie cu lista proprie de asigurati și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale care își desfășoara activitatea în alte forme de organizare ale cabinetelor medicale, organizat în functie de conditiile specifice din zona, trebuie sa asigure în medie pe zi minimum 5 ore la cabinetul medical și doua ore la domiciliul asiguratilor, conform

graficului de vizite la domiciliu. În cabinetele medicale și/sau în localitățile unde își desfășoară activitatea cel puțin 2 medici de familie, acordarea asistenței medicale se va asigura atât dimineața, cât și după-amiaza.

(2) Medicul de familie are obligația să afișeze la cabinetul medical numărul de telefon și adresa centrului de permanență care asigură rezolvarea situațiilor de urgență în afara programului de lucru, precum și programul fiecăruia dintre medicii asociați, iar în situația în care nu este organizat centru de permanență, pentru urgențe medicale se afișează numărul de telefon la care poate fi apelată substanția serviciului județean de ambulanță (112), respectiv al celui mai apropiat serviciu de ambulanță organizat de ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.

ART. 29

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

3. Medicii de familie nou-veniți într-o localitate

ART. 30

(1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate beneficiază lunar, în baza unei convenții de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioada considerată necesară pentru întocmirea listelor cu asigurații și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise, de un venit care este format din:

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică ajustările prevăzute în norme;

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

(2) Dacă la sfârșitul celor 3 luni medicul de familie nou-venit nu a înscris numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale stabilit conform art. 22 alin. (3) și (4), casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale stabilit conform art. 22 alin. (3) și (4). În caz contrar,

contractul incheiat intre medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate va înceta la expirarea celor 3 luni.

ART. 31

Furnizorul care preia un praxis de medicina de familie existent, în condițiile legii, preia drepturile și obligațiile contractuale în aceleași condiții ca și detinatorul anterior de praxis, la data preluării acestuia.

4. Obligațiile furnizorilor de servicii medicale din asistenta medicala primara și ale caselor de asigurări de sănătate

ART. 32

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 14, furnizorii de servicii medicale în asistenta medicala primara au următoarele obligații:

- a) să asigure în cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de baza toate activitățile necesare, în limita domeniului de competență al asistentei medicale primare. De asemenea, au obligația de a interpreta investigațiile necesare în stabilirea diagnosticului;
- b) să actualizeze lista proprie cuprinzând asigurații și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară a asiguraților și a persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate - aceasta actualizare nu se referă la calitatea de asigurat; să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale;
- c) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, dacă părinții nu au altă opțiune, exprimată în scris, imediat după nașterea copilului;
- d) să înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora ori la sesizarea reprezentanților din sistemul de asistenta medicala comunitara;
- e) să nu refuze înscrierea pe lista de asigurați a copiilor, la solicitarea părinților, a apărătorilor legali sau la anunțarea de către casa de asigurări de sănătate cu care au încheiat contract de furnizare de servicii medicale ori de către primarie, precum și la sesizarea reprezentanților din sistemul de asistenta medicala comunitara sau a direcțiilor de protecție a copilului, pentru copiii aflați în dificultate din centrele de plasament sau din familii substitutive;

f) sa respecte dreptul asiguratului de a-si schimba medicul de familie dupa expirarea a cel puțin 6 luni de la data inscrierii pe lista acestuia; în situatia în care nu se respecta aceasta obligatie, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a incheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul doreste sa plece, prin eliminarea asiguratului de pe lista;

g) sa solicite asiguratilor, la inscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atesta calitatea de asigurat, conform prevederilor legale în vigoare;

h) sa prescrie medicamente cu sau fara contributia personala a asiguratilor si, dupa caz, unele materiale sanitare, precum și investigatii paraclinice numai ca o consecinta a actului medical propriu. Medicul de familie va refuza transcrierea de prescriptii medicale pentru medicamente cu sau fara contributia personala a asiguratilor si, dupa caz, pentru unele materiale sanitare, precum și de investigatii paraclinice care sunt consecinte ale unor acte medicale prestate de alti medici. Exceptie fac situatiile în care pacientul urmeaza o schema de tratament stabilita conform reglementarilor legale în vigoare, pentru o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice, initiata prin prescrierea primei retete pentru medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, pentru unele materiale sanitare de către medicul de specialitate aflat în relatie contractuala cu casa de asigurări de sănătate, comunicata numai prin scrisoare medicala, folosind exclusiv formularul tipizat aprobat prin ordin al ministrului sănătății publice și al presedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și situatiile în care medicul de familie a prescris medicamente cu și fara contributie personala la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicata prin scrisoare medicala; medicul de familie refuza transcrierea oricaror acte medicale, cum ar fi concedii medicale, bilete de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice, bilete de trimitere pentru consultatii de specialitate sau internare;

i) sa recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinenta urinara ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat în relatie contractuala cu casa de asigurări de sănătate;

j) sa intocmeasca bilet de trimitere către societati de turism balnear și de recuperare, atunci cand este cazul, și sa consemneze în acest bilet sau sa ataseze la bilet, în copie, rezultatele investigatiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, care completeaza tabloul clinic pentru care se face trimiterea; în situatia atasarii la biletul de trimitere a rezultatelor investigatiilor, medicul va mentiona pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigatiilor și va informa asiguratul asupra obligativitatii de a le prezenta medicului caruia urmeaza sa i se adreseze.

ART. 33

În relatiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara, pe langa obligatiile generale prevazute la art. 16, casele de asigurări de sănătate au urmatoarele obligatii:

a) sa valideze sub semnatura, la inceputul contractului anual, lista persoanelor asigurate depusa în format electronic de medicii de familie, respectiv lista persoanelor asigurate depusa pe suport hartie și în format electronic de medicii de familie nou-veniti, iar lunar, în vederea actualizarii listelor proprii, sa comunice în scris și sub semnatura lista cu persoanele care nu mai indeplinesc conditiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe lista;

b) sa faca publice valorile definitive ale punctelor, rezultate în urma regularizarii trimestriale, prin afisare atat la sediul caselor de asigurări de sănătate, cat și pe pagina electronica a acestora, incepand cu ziua urmatoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, dar nu mai tarziu de data de 26 a lunii urmatoare incheierii trimestrului;

c) sa tina evidenta distincta a asiguratilor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în functie de casele de asigurări de sănătate la care acestia se afla în evidenta. Pentru asiguratii care se afla în evidenta Casei Asigurărilor de Sănătate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autoritatii Judecatoresti și a Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor și care sunt inscrisi pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate judetene sau a municipiului Bucuresti, confirmarea calitatii de asigurat se face de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autoritatii Judecatoresti și de Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, pe baza de tabel centralizator transmis lunar, atat pe suport hartie, cat și în format electronic. Pentru asiguratii care se afla în evidenta caselor de asigurări de sănătate judetene sau a municipiului Bucuresti și care sunt inscrisi pe listele medicilor de familie aflati în relatie contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autoritatii Judecatoresti, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, confirmarea calitatii de asigurat se face de către casele de asigurări de sănătate judetene sau a municipiului Bucuresti, pe baza de tabel centralizator transmis lunar, atat pe suport hartie, cat și în format electronic;

d) sa informeze asiguratii despre dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun.

5. Decontarea serviciilor medicale din asistenta medicala primara

ART. 34

Modalitatile de plata a furnizorilor de servicii medicale în asistenta medicala primara sunt:

a) tarif pe persoana asigurata - per capita;

b) tarif pe serviciu medical pentru asigurati, precum și pentru persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale și ale pachetului facultativ de servicii medicale.

ART. 35

Decontarea serviciilor medicale în asistenta medicala primara se face prin:

a) plata prin tarif pe persoana asigurata; suma convenita se stabileste în raport cu numarul de puncte, calculat în functie de numarul asiguratilor înscriși pe lista proprie - conform structurii pe grupe de varsta, ajustat în condițiile prevazute prin norme, numarul de puncte aferent fiecărei grupe de varsta -, ajustat în functie de gradul profesional și de condițiile în care se desfasoara activitatea și cu valoarea unui punct, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în functie de condițiile în care se desfasoara activitatea se aproba prin ordin al ministrului sănătății publice și al presedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numarul 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 urgenta și a unor activitati de suport. Serviciile medicale care se asigura prin plata per capita și condițiile în care acestea se acorda se stabilesc prin norme. Numarul de puncte acordat pe durata unui an în functie de numarul de asigurati înscriși pe lista proprie se ajusteaza gradual, cu exceptia zonelor defavorizate, în condițiile prevazute în norme. Valoarea definitiva a punctului este unica pe tara și se calculeaza de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestriala, conform normelor, pana la data de 25 a lunii urmatoare încheierii fiecarui trimestru; aceasta valoare nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata pentru un punct, prevazuta în norme și asigurata pe durata valabilitatii contractului de furnizare de servicii medicale încheiat. Valoarea minima garantata pentru un punct per capita în anul 2009 nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata a unui punct per capita în anul 2008, cu conditia ca fondul aprobat asistentei medicale primare în anul 2009 sa fie cel putin egal cu cel aprobat în anul 2008;

b) plata prin tarif pe serviciu medical, stabilit în functie de numarul de servicii medicale și de valoarea unui punct. Numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct și nivelul valorii minime garantate pentru un punct se stabilesc prin norme. Valoarea definitiva a unui punct este unica pe tara și se calculeaza de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestriala, conform normelor, pana la data de 25 a lunii urmatoare încheierii fiecarui trimestru. Aceasta valoare nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata pentru un punct, prevazuta în norme și asigurata pe durata valabilitatii contractului de furnizare de servicii medicale încheiat. Valoarea minima garantata pentru un punct pe serviciu în anul 2009 nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata a unui punct pe serviciu în anul 2008, cu conditia ca fondul aprobat asistentei medicale primare în anul 2009 sa fie cel putin egal cu cel aprobat în anul 2008.

ART. 36

Casele de asigurări de sănătate au obligatia sa 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 asistenta medicala primara și casele de asigurări de sănătate, la valoarea minima garantata pentru un punct per capita, respectiv la valoarea minima garantata pentru un punct pe serviciu, iar regularizarea trimestriala se face la valoarea definitiva, pana la data de 30 a lunii urmatoare încheierii trimestrului. Furnizorii vor depune lunar, în primele 7 zile lucratoare ale fiecărei luni urmatoare celei pentru care se face plata, documentele necesare decontarii serviciilor, potrivit normelor.

ART. 37

Raportarea eronata a unor servicii medicale se regularizeaza conform normelor, la regularizare avandu-se în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

6. Sanctiuni, conditii de reziliere, suspendare și incetare a contractelor

ART. 38

(1) În cazul în care se constata nerespectarea nejustificata a programului de lucru prevazut în contract, precum și prescrieri nejustificate din punct de vedere medical de medicamente cu și fara contributie personala din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare si/sau recomandari de investigatii paraclinice, precum și transcrierea de prescriptii medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigatii paraclinice care sunt consecinte ale unor acte medicale prestate de alti medici, cu exceptia situatiilor prevazute la art. 32 lit. h), se va diminua valoarea minima garantata a punctului per capita pentru luna în care s-au inregistrat aceste situatii pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii, dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare, cu 2%;
- b) la a doua constatare, cu 15%;
- c) la a treia constatare, cu 20%.

(2) În cazul în care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 14 lit. b), g), s) și art. 32 lit. a) și g), precum și nerespectarea termenului de 5 zile lucratoare pentru remedierea situatiilor prevazute la art. 14 lit. e), f), h), k), o), p), q), u) și art. 32 lit. b), c), d) și e), se va diminua valoarea minima garantata a punctului per capita pentru luna în care s-au inregistrat aceste situatii pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii, dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare, cu 2%;
- b) la a doua constatare, cu 15%;
- c) la a treia constatare, cu 20%.

(3) Retinerea sumei conform prevederilor alin. (1) și (2) se aplica pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plata ce urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt în relatie contractuala cu casele de asigurări de sănătate. Sumele obtinute ca disponibil în conditiile alin. (1) și (2) la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reintregirea sumei alocate asistentei medicale primare.

(4) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) și (2), casele de asigurări de sănătate tin evidenta distinct pe fiecare medic de familie.

ART. 39

Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatarii situatiilor prevazute la art. 18, precum și în urmatoarele situatii:

- a) în cazul în care numarul asiguratilor și al persoanelor beneficiare ale pachetului minimal inscise la un medic de familie scade timp de 6 luni consecutiv sub numarul minim stabilit conform art. 22 alin. (3) și (4);
- b) odata cu prima constatare dupa aplicarea de 3 ori în cursul unui an a masurilor prevazute la art. 38 alin. (1) și (2) pentru fiecare situatie;
- c) în cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 32 lit. f) și i).

ART. 40

Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza la data la care a intervenit una dintre situatiile prevazute la art. 19, precum și în urmatoarele situatii:

- a) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- b) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania.

ART. 41

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre situatiile prevazute la art. 20, precum și de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania sau este suspendat din exercitiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzator numai medicului, aflat în contract, care se afla în aceasta situatie.

SECTIUNEA a 7-a

Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice, paraclinice, asistenta medicala stomatologica și asistenta medicala ambulatorie de recuperare-reabilitare a sănătății - conditii specifice

1. Conditii de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale în asistenta medicala ambulatorie de specialitate

ART. 42

Asistenta medicala ambulatorie de specialitate se asigura de medici de specialitate, medici dentisti și dentisti, impreuna cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal și cu personalul sanitar din serviciile conexe actului medical, și se acorda prin:

a) cabinete medicale, inclusiv cabinete medicale de recuperare, medicina fizica și balneologie, organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificările și completările ulterioare, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) unitati sanitare ambulatorii de specialitate, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, apartinand ministerelor și institutiilor centrale cu retea sanitara proprie;

c) ambulatorii de specialitate și ambulatorii integrate din structura spitalelor autorizate și evaluate, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale și autoritatii judecatoresti și din rețeaua Ministerului Transporturilor;

d) societati de turism balnear și de recuperare, constituite conform Legii nr. 31/1990 privind societatile comerciale, republicata, cu modificările și completările ulterioare, care indeplinesc conditiile prevazute de Ordonanta de urgenta a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și functionarea societatilor comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobata cu modificari și completari prin Legea nr. 143/2003, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

e) laboratoare medicale de radiologie și imagistica medicala, de analize medicale, explorari functionale, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

f) centre de diagnostic și tratament și centre medicale - unitati medicale cu personalitate juridica, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

ART. 43

(1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate incheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru specialitatile clinice, în baza specialitatilor confirmate prin ordin al ministrului sănătății publice. În situatia în care un medic are mai multe specialitati clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății publice, acesta își poate desfasura activitatea în baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurări de sănătate, putand acorda și raporta servicii medicale aferente specialitatilor respective, în conditiile în care cabinetul medical este inregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialitati. Cabinetele de planificare familiala, altele decat cele din structura spitalelor, cabinetele medicale în care își desfasoara activitatea medicii care au obtinut competenta/atestat de studii complementare de acupunctura, fitoterapie, homeopatie, care sunt certificati de Ministerul Sănătății Publice și lucreaza exclusiv în aceste activitati, incheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza competentelor/atestatelor de studii complementare de mai sus. Cabinetele medicale de planificare familiala în care își desfasoara activitatea medici cu specialitatea obstetrica-ginecologie, care se afla în structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, pot incheia contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de planificare familiala. Furnizorii de servicii de medicina dentara incheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de medicina dentara, în conditiile stabilite prin norme.

(2) Numarul necesar de medici de specialitate și numarul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinica și pentru medicina dentara, pe judete, pentru care se incheie contractul se stabilesc de către o comisie formata din reprezentanti ai caselor de asigurări de sănătate, ai autoritatilor de sănătate publica judetene, respectiv ai directiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele și institutiile centrale cu retea sanitara proprie și ai reprezentantilor colegiilor teritoriale ale medicilor și ai colegiilor teritoriale ale medicilor dentisti. Prin norma se intelege un program de lucru de 7 ore pe zi si, respectiv, de 35 de ore pe saptamana.

(3) Numarul de puncte estimat pentru serviciile medicale ce pot fi efectuate de medici pentru specialitatile clinice, stabilit în conditiile alin. (2), se are în vedere la calculul valorii minime garantate pentru un punct în asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice.

(4) Serviciile publice conexe actului medical, furnizate în cabinetele de libera practica organizate conform Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și functionarea cabinetelor de libera practica pentru servicii publice conexe actului medical, aprobata cu modificari prin Legea nr. 598/2001, se contracteaza de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

(5) Furnizorii de servicii medicale pentru specialitatile paraclinice incheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza specialitatii obtinute și confirmate prin ordin al ministrului sănătății publice.

(6) Furnizorii de servicii de medicina dentara pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice de radiologie - radiografii retroalveolare și panoramice, din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, incheind în acest sens un act aditional la contractul de furnizare de servicii de medicina dentara, în conditiile stabilite prin norme.

ART. 44

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevazuti la art. 42 și casa de asigurări de sănătate se incheie în baza documentelor prevazute la art. 13; în cazul furnizorilor de servicii medicale paraclinice, la contract se ataseaza și documentele necesare pentru incadrarea acestora în criteriile de selectie conform conditiilor stabilite prin norme.

(2) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale clinice și de medicina dentara incheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a carei raza administrativ-teritoriala își are sediul furnizorul de servicii medicale sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autoritatii Judecatoresti, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor. Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare incheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a carei raza administrativ-teritoriala își are sediul, filiale sau puncte de lucru furnizorul de servicii medicale sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autoritatii Judecatoresti, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor. Reprezentantul legal al furnizorului de servicii

medicale paraclinice incheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a carei raza administrativ-teritorială își are sediul, filiale sau puncte de lucru furnizorul de servicii medicale paraclinice și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor. Furnizorii de servicii medicale paraclinice pot încheia contracte și cu alte case de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute la alin. (4). Prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare, prin urmare casele de asigurări de sănătate nu încheie contracte distincte cu punctele externe de recoltare ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice.

(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 este luat în evidență asigurații. Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asigurații, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a carei raza administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior.

(4) În situația în care în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate nu există furnizori, inclusiv furnizori aflați în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, care să efectueze unele servicii medicale paraclinice cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, casa de asigurări de sănătate poate încheia contract cu furnizori din alte județe, respectiv din municipiul București. În acest sens fiecare casa de asigurări de sănătate va prezenta spre avizare la Casa Națională de Asigurări de Sănătate o listă a acestor servicii. Contractele încheiate de casele de asigurări de sănătate cu furnizori din alte județe, respectiv din municipiul București vor înceta sau se vor modifica corespunzător pentru acele servicii medicale paraclinice din lista avizată pentru care casele de asigurări de sănătate încheie ulterior contracte cu furnizori din raza lor administrativ-teritorială sau dacă în raza administrativ-teritorială a acestora există furnizori aflați în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor care furnizează serviciile medicale paraclinice respective.

(5) Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice și dentare care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară ambulatorie de specialitate, organizată conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate,

cu posibilitatea, pentru specialitatile clinice, de a-si majora programul de activitate în conditiile prevazute la art. 47 alin. (2).

ART. 45

În cadrul asistentei medicale ambulatorii de specialitate se acorda servicii medicale de specialitate, în conditiile prevazute în norme.

ART. 46

Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificările și completările ulterioare, poate angaja medici, medici dentisti, dentisti, personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, în conditiile prevazute de aceeași ordonanta, achitand lunar toate obligațiile prevazute de lege pentru personalul angajat. În situatia în care volumul de activitate al cabinetului medical conduce la un program de lucru saptamanal de minimum 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, incadrarea personalului mediu sanitar este obligatorie.

2. Programul de lucru al furnizorilor de servicii medicale în asistenta medicala ambulatorie de specialitate

ART. 47

(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatile clinice, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel incat sa asigure accesul asiguratilor pe o durata de minimum 35 de ore pe saptamana, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilita prin negociere cu casele de asigurări de sănătate.

(2) În situatia în care necesarul de servicii medicale de o anumita specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe saptamana pentru fiecare medic. În situatia în care programul nu acopera volumul de servicii medicale necesare, se intocmesc liste de prioritate pentru asigurati.

(3) Cabinetele de medicina dentara și laboratoarele medicale își vor stabili programul de activitate în functie de volumul serviciilor de medicina dentara și al serviciilor medicale paraclinice contractate. Medicii de specialitate din specialitatile paraclinice își pot desfasura activitatea la unul sau mai multi furnizori aflati în relatie contractuala cu casa/casele de asigurări de sănătate, cu indeplinirea cumulativa a urmatoarelor conditii:

a) furnizorii la care își desfasoara activitatea sa se afle în raza administrativ-teritoriala a aceleiasi case de asigurări de sănătate sau în raze administrativ-teritoriale ale caselor de asigurări de sănătate invecinate;

b) programul de lucru al medicului respectiv cuprins în contractele incheiate cu casa/casele de asigurări de sănătate nu trebuie sa depaseasca 52,5 ore/saptamana.

(4) Serviciile medicale din specialitatile clinice și de medicina dentara se acorda conform programarilor, exceptie facand situatiile de urgenta medico-chirurgicala.

(5) Medicul de specialitate care are contract individual de munca cu norma intreaga sau, dupa caz, integrare clinica intr-o sectie a unui spital aflat în relatie contractuală cu o casa de asigurări de sănătate poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate într-un cabinet medical organizat conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificările și completările ulterioare, în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care, pentru specialitatile clinice, sa nu depaseasca maximum 17,5 ore pe saptamana. În situatia în care medicul de specialitate din spital are contract individual de munca cu timp partial, acesta poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care, pentru specialitatile clinice, poate fi de pana la 35 de ore pe saptamana.

3. Drepturile și obligațiile furnizorilor, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 48

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe langa obligațiile generale prevazute la art. 14, furnizorii de servicii medicale în asistenta medicala ambulatorie de specialitate sunt obligati:

a) sa acorde servicii de asistenta medicala ambulatorie de specialitate asiguratilor numai pe baza biletului de trimitere, a scrisorii medicale și a biletului de iesire din spital, dupa caz, cu exceptia urgentelor și afectiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, a serviciilor de medicina dentara și planificare familiala. Lista cuprinzand afectiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitatile ambulatorii care acorda asistenta medicala de specialitate pentru specialitatile clinice se stabileste prin norme. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE 1.408/1971, furnizorii de servicii medicale în asistenta ambulatorie de specialitate nu solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu exceptia serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și a investigatiilor medicale paraclinice;

b) sa informeze medicul de familie, prin scrisoare medicala expediata direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, pentru unele materiale sanitare, a biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice, eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporara de munca, atunci cand concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicala va fi un document tipizat, va contine obligatoriu numarul contractului incheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și

va putea fi folosita numai de către medicii unitatilor medicale aflate în relatii contractuale cu o casa de asigurări de sănătate;

c) sa transmita rezultatul investigatiilor paraclinice medicului de familie care a facut recomandarea și la care este inscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a facut recomandarea investigatiilor medicale paraclinice, acesta avand obligatia de a transmite rezultatele investigatiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicala, medicului de familie pe lista caruia este inscris asiguratul, în cazul furnizorului de servicii medicale paraclinice; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

d) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, daca este cazul;

e) sa prescrie medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, unele materiale sanitare, în tratamentul ambulatoriu, și sa faca recomandari pentru investigatii medicale paraclinice, conform reglementarilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului incheiat;

f) sa utilizeze reactivi care au declaratii de conformitate CE emise de producatori și sa practice o evidenta de gestiune cantitativ-valorica corecta și la zi pentru reactivi la nivelul furnizorilor de investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

g) sa calibreze și sa spele aparatele din laboratoarele de investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificatiilor tehnice din cartile tehnice ale acestora;

h) sa faca dovada indeplinirii criteriului de calitate ca parte componenta a criteriilor de selectie, în conditiile prevazute în norme - pentru furnizorii de investigatii medicale paraclinice.

(2) În relatii contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale paraclinice sunt obligati:

a) sa efectueze investigatiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, cu conditia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere sa se afle în relatie contractuala cu casa de asigurări de sănătate în a carei raza administrativ-teritoriala își desfasoara activitatea sau cu Casa Asigurarilor de Sănătate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autoritatii Judecatoresti, respectiv cu Casa Asigurarilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice sa se afle în relatie contractuala cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior;

b) sa verifice biletele de trimitere în ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale în vigoare; în situatia în care biletele de trimitere nu sunt completate cu datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda, furnizorii de servicii medicale paraclinice au dreptul sa refuze efectuarea investigatiilor paraclinice recomandate prin biletele de trimitere respective.

ART. 49

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pot să încaseze de la asigurați:

- a) contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective;
- b) coplata pentru servicii medicale în asistența medicală ambulatorie, conform prevederilor legale în vigoare;
- c) cota de contribuție personală a asiguraților pentru unele servicii medicale, în condițiile prevăzute în norme;
- d) contravaloarea serviciilor medicale care nu sunt decontate din bugetul Fondului, conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 50

(1) În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 16, casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

- a) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- b) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- c) să nu deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice dacă biletele de trimitere în baza cărora acestea au fost efectuate nu conțin datele obligatorii privind prescrierea acestora.

(2) Casa Asiguraților de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor sunt obligate să încheie contracte cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice în localitățile/zonelor în care acestea au contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la servicii medicale paraclinice.

4. Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate

ART. 51

Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical, exprimat în puncte sau lei.

ART. 52

(1) Decontarea serviciilor medicale în asistenta medicala ambulatorie de specialitate se face prin:

a) plata prin tarif pe serviciu medical, 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, de gradul profesional al medicilor și de valoarea unui punct, stabilită în condițiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și condițiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc în norme.

Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aproba prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Valoarea definitivă a punctului este unica 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 stabilită în norme;

b) plata prin tarif pe serviciu medical, exprimat în lei, pentru serviciile medicale acordate în specialitățile paraclinice și de medicina dentară. Suma convenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și de tarifele aferente acestora. Tarifele serviciilor medicale și condițiile în care acestea se acordă sunt prevăzute în norme. Suma contractată de medicii dentisti pe an se defalchează lunar și se regularizează trimestrial;

c) plata prin tarif pe serviciu medical, exprimat în lei, stabilit prin norme, pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare. 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 al autorității judecătorești, pentru care cheltuielile materiale se suportă de către unitățile în structura cărora funcționează, se decontează de casele de asigurări de sănătate la tarife diminuate, potrivit condițiilor stabilite prin norme.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale ambulatorii de specialitate, în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza de scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, după caz, eliberate de medicii din spital 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 sau pe baza biletelor de trimitere, eliberate de:

a) medicii de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate; medicii de specialitate din unitățile ambulatorii prevăzute la art. 42, în condițiile alin. (6);

b) medicii din cabinetele medicale școlare/studentești pentru elevi, respectiv studenți, dacă nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie sau în situația în care cabinetul medicului de familie nu se află în aceeași localitate cu unitatea de învățământ respectivă;

- c) medicii din cabinetele medicale de unitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale, pentru asigurații care nu sunt înscrși în lista unui medic de familie;
- d) medicii care acordă asistența medicală din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt incluse pe lista unui medic de familie;
- e) medicii care acordă asistența medicală din serviciile publice specializate sau organisme private autorizate pentru copiii încredințați ori dați în plasament, dacă nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie;
- f) medicii care acordă asistența medicală din alte instituții de ocrotire socială, dacă persoanele instituționalizate nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;
- g) medicii dentști și dentștii din cabinetele stomatologice școlare și ștudentești pentru elevi, respectiv ștudenti;
- h) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și ștationar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se afla în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se afla în structura șpitalului ca unități fără personalitate juridică;
- i) medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Fac excepție urgențele și afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, serviciile de medicină dentară și planificare familială, situație în care medicii de specialitate vor solicita persoanelor respective documentele justificative care atestă calitatea de asigurat. În cazul urgențelor se vor solicita documentele justificative care atestă calitatea de asigurat numai în situația în care sunt acordate servicii din pachetul de servicii de bază. Pentru situațiile prevăzute la lit. b), d), e) și f), casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia pentru serviciile medicale clinice. Pentru situația prevăzută la lit. g), casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia pentru investigații medicale de radiologie-radiografie dentară retroalveolară și panoramică și pentru specialitățile clinice, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar. Pentru situația prevăzută la lit. h), casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia atât pentru serviciile medicale clinice, cât și pentru serviciile medicale paraclinice. Medicii prevăzuți la lit. b), d), e), f), g) și h) încheie, direct sau prin reprezentant legal, după caz, convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se afla cabinetul/unitatea în care aceștia își desfășoară activitatea.

(3) Casele de asigurări de sănătate deconteaza serviciile medicale de recuperare-reabilitare, în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recomandarile 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 de recuperare-reabilitare.

(5) Recomandarile pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimatice se întocmesc în două exemplare, astfel încât un exemplar să fie prezentat de către asigurat furnizorului de servicii de recuperare-reabilitare.

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

ART. 53

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 și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare lunii pentru care se face plata. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunară se face la valoarea minimă garantată pentru un punct, unică pe țară și prevăzută în norme, iar regularizarea trimestrială, la valoarea definitivă, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, pe baza documentelor prezentate de furnizori în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare trimestrului pentru care se face plata, potrivit normelor. Valoarea definitivă a unui punct nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

ART. 54

Raportarea eronată a unor servicii medicale clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

5. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistenta medicală ambulatorie de specialitate

ART. 55

(1) În cazul în care se constata nerespectarea nejustificata a programului de lucru stabilit, se va diminua valoarea minima garantata a punctului pentru luna în care s-au inregistrat aceste situatii pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitatile clinice la care se inregistreaza aceste situatii sau, dupa caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicina dentara, paraclinice sau de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au inregistrat aceste situatii, dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare, cu 2%;
- b) la a doua constatare, cu 15%;
- c) la a treia constatare, cu 20%.

În cazul în care persoanele imputernicite de casele de asigurări de sănătate constata prescrieri nejustificate, din punct de vedere medical, de medicamente cu sau fara contributie personala din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare si/sau recomandari de investigatii paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, precum și completarea scrisorii medicale într-o alta forma decat cea prevazuta prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al presedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsa în scrisoarea medicala, se va diminua valoarea minima garantata a punctului pentru luna în care s-au inregistrat aceste situatii pentru medicii la care se inregistreaza aceasta situatie sau, dupa caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicina dentara sau de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au inregistrat aceste situatii, conform prevederilor lit. a), b) și c), pentru fiecare dintre aceste situatii.

(2) În cazul în care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 14 lit. b), g), s) și art. 48 alin. (1) lit. d) și nerespectarea termenului de 5 zile lucratoare pentru remedierea situatiilor prevazute la art. 14 lit. e), f), h), k), o), p), q) și u), se va diminua valoarea minima garantata a punctului pentru luna în care s-au inregistrat aceste situatii pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitatile clinice la care se inregistreaza aceste situatii sau, dupa caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicina dentara, paraclinice sau de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au inregistrat aceste situatii, dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare, cu 2%;
- b) la a doua constatare, cu 15%;
- c) la a treia constatare, cu 20%.

(3) Retinerea sumelor conform prevederilor alin. (1) și (2) se aplica pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plata ce urmeaza a fi efectuata pentru furnizorii care sunt în relatie contractuala cu casele de asigurări de sănătate. Sumele obtinute ca disponibil din aceste diminuari, în conditiile alin. (1) și (2), la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reintregirea sumelor alocate cu destinatie initiala.

(4) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) și (2), casele de asigurări de sănătate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz.

ART. 56

Contractul de furnizare de servicii medicale în asistenta medicala ambulatorie de specialitate se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatarii situatiilor prevazute la art. 18, precum si:

- a) în cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 44 alin. (5) și art. 48 alin. (1) lit. a), b), c), f), g) și h);
- b) odata cu prima constatare dupa aplicarea de 3 ori a masurilor prevazute la art. 55 alin. (1) și (2), pentru fiecare situatie, precum și pentru obligatia prevazuta la art. 48 alin. (1) lit. e); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au incheiat contract cu aceasta, odata cu prima constatare dupa aplicarea la nivelul furnizorului a masurilor prevazute la art. 55 alin. (1) de cate 3 ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filiala, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; daca la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplica de 3 ori în cursul unui an masurile prevazute la art. 55 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filiala sau de către același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului opereaza numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se inregistreaza aceste situatii și se modifica corespunzator contractul.

ART. 57

Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza la data la care a intervenit una dintre situatiile prevazute la art. 19, precum și în urmatoarele situatii:

- a) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- b) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania sau, dupa caz, al Colegiului Medicilor Dentisti din Romania.

ART. 58

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre situatiile prevazute la art. 20, precum și de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania/Colegiului Medicilor Dentisti din Romania sau este suspendat din exercitiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitatile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale și pentru

laboratoarele aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se afla în această situație.

ART. 59

(1) Alte situații ce determină rezilierea, suspendarea sau încetarea contractului numai pentru filiala/punctul de lucru, respectiv filialele/punctele de lucru ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea/suspendarea lor din contract și modificarea corespunzătoare a contractului, sunt prevăzute în norme.

(2) În situația în care prin filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casele de asigurări de sănătate continuă să se acorde servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, casele de asigurări de sănătate vor rezilia contractele încheiate cu furnizorii respectivi pentru toate filialele/punctele de lucru cuprinse în aceste contracte.

SECTIUNEA a 8-a

Servicii medicale în unități sanitare cu paturi

1. Condiții de eligibilitate în asistența medicală spitalicească

ART. 60

(1) Asistența medicală spitalicească se acordă în unități sanitare cu paturi, autorizate și evaluate conform legii.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu spitalele numai pentru secțiile care au încadrarea cu personal medical de specialitate și dotarea tehnică necesară acordării serviciilor medicale contractate în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății Publice.

(3) Asistența medicală spitalicească se acordă în regim de:

a) spitalizare continuă;

b) spitalizare de zi.

(4) Asistența medicală spitalicească se asigură cu respectarea următoarelor criterii de internare:

a) naștere, urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, ce necesită supraveghere medicală continuă;

b) diagnosticul nu poate fi stabilit în ambulatoriu;

c) tratamentul nu poate fi aplicat în condițiile asistentei medicale ambulatorii, pacientul este nedeplasabil, necesită izolare sau internare obligatorie pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și în cazurile dispuse prin ordonanța a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale;

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

(5) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre unitățile sanitare cu paturi și casele de asigurări de sănătate se încheie în baza documentelor prevăzute la art. 13, precum și a:

a) listei de servicii medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și impun internarea;

b) listei materialelor sanitare și a denumirilor comune internaționale (DCI) utilizate pe perioada spitalizării, menționându-se care DCI-uri pot fi recomandate pacienților internați, care dintre acestea pot fi prescrise de orice medic din spitalul respectiv și care DCI-uri pot fi prescrise cu aprobarea medicului șef de secție sau cu aprobarea consiliului medical. Lista materialelor sanitare și a DCI-urilor prezentată de spitale la încheierea contractului cuprinde lista DCI-urilor specifice tratamentului spitalicesc și DCI-urile din lista prevăzută la art. 94 alin. (1) pentru asigurarea continuității tratamentului în ambulatoriu și are ca scop asigurarea tratamentului pacienților internați și monitorizarea consumului de medicamente pentru întocmirea decontului de cheltuieli ce se eliberează pacientului;

c) structurii organizatorice aprobate sau avizate, după caz, de către Ministerul Sănătății Publice.

ART. 61

Reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicesci cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor. Spitalele din rețeaua apărării, ordinii publice, sigurantei naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicesci numai cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, avându-se în vedere la contractare și decontare activitatea medicală acordată asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență.

ART. 62

(1) Serviciile medicale spitalicesci sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:

a) consultații;

b) investigații;

c) stabilirea diagnosticului;

d) tratamente medicale si/sau chirurgicale;

e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masa.

(2) În unitatile sanitare ambulatorii autorizate de Ministerul Sănătății Publice se pot acorda în regim ambulatoriu servicii medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi pentru asigurații care nu necesita internare continua, suportate din fondurile aferente asistentei medicale spitalicesti, prin tarif pe serviciu medical stabilit prin norme și în condițiile prevazute în norme.

ART. 63

(1) Serviciile medicale spitalicesti se acorda asiguraților pe baza recomandării de internare din partea medicului de familie, a medicului de specialitate din unitatile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, aflate în relatii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, a medicilor din unitatile de asistenta medico-sociala, a medicilor din centrele de dializa private aflate în relatie contractuala cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și a medicilor care își desfășoara activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintala, respectiv centre de sănătate mintala și stationar de zi, cabinete de planificare familiala, cabinete medicale de boli infectioase, cabinete de medicina dentara care nu se afla în relatie contractuala cu casele de asigurări de sănătate, care se afla în structura spitalelor ca unitati fara personalitate juridica. Casele de asigurări de sănătate incheie conventii cu unitatile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintala, respectiv centre de sănătate mintala și stationar de zi, cabinete de planificare familiala, cabinete medicale de boli infectioase, cabinete de medicina dentara care nu se afla în relatie contractuala cu casele de asigurări de sănătate, care se afla în structura spitalelor ca unitati fara personalitate juridica, în vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de către medicii care își desfășoara activitatea în aceste unitati.

(2) Fac exceptie de la prevederile alin. (1) urgentele medico-chirurgicale și bolile cu potential endemo-epidemic, care necesita izolare și tratament, și internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevazuti la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanta a procurorului pe timpul judecării sau al urmăririi penale.

ART. 64

(1) Modalitățile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

(2) Valoarea totala contractata de casele de asigurări de sănătate cu spitalele se constituie din următoarele sume, dupa caz:

a) suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti a caror plata se face pe baza de tarif pe caz rezolvat - sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialitati, finantata din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca;

b) suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti a caror plata se face pe baza de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/sectiile care nu se incadreaza în prevederile lit. a), finantata din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca;

c) suma aferenta Programului national cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, finantata din fondul alocat pentru programele nationale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

d) suma pentru serviciile de supleere renala, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacientilor hemodializati de la și la domiciliul pacientilor, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacientilor, acordate în cadrul Programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica din cadrul Programului national cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

e) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicala, diabet zaharat, nutritie și boli metabolice, care se afla în structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, precum și în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului, finantate din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitatile clinice;

f) sume pentru investigatii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, în conditiile stabilite prin norme, finantate din fondul alocat asistentei medicale spitalicesti;

g) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, finantate din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca, în conditiile prevazute prin norme, a caror plata se face prin tarif pe serviciu medical/tarif pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi în camera de garda a spitalului;

(3) Cheltuielile ocazionate de activitatile desfasurate în camera de garda din cadrul spitalelor, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continua, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat. Cazurile pentru care se acorda servicii medicale în camera de garda din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continua și sunt decontate prin tarif/caz rezolvat. Numarul de cazuri și tariful aferent acestora se negociaza cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistentei medicale spitalicesti, în conditiile prevazute în norme.

2. Obligatiile și drepturile spitalelor, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 65

(1) În relatiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe langa obligațiile generale prevazute la art. 14, unitatile sanitare cu paturi sunt obligate:

a) sa informeze medicul de familie al asiguratului sau, dupa caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicala transmisa direct sau prin intermediul asiguratului, cu

privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigatiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informatii referitoare la starea de sănătate a asiguratului;

b) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, dupa caz;

c) sa prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractarii, indicatorii specifici stabiliți prin norme;

d) sa transmita institutiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementarilor în vigoare.

(2) În situatia în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acorda serviciile medicale de urgenta necesare, avand obligatia sa evalueze situatia medicala a pacientului și sa externeze pacientul daca starea de sănătate a acestuia nu mai reprezinta urgenta; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligatia de a anunta casa de asigurări de sănătate cu care a incheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienti, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicala a internarii de urgenta; în aceasta situatie, casele de asigurări de sănătate deconteaza spitalului contravaloarea serviciilor medicale în conditiile stabilite prin norme.

(3) Pentru organizarea activitatii privind spitalizarea de zi, spitalele au obligatia sa solicite acordul autoritatilor de sănătate publica acolo unde acest tip de activitate nu este nominalizat în structura organizatorica a spitalului, aprobata prin ordin al ministrului sănătății publice.

ART. 66

În relatiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitatile sanitare cu paturi au dreptul sa primeasca contravaloarea serviciilor medicale realizate și validate de Scoala Națională de Sănătate Publica și Management Sanitar, în limita valorii de contract și a actelor aditionale incheiate cu casele de asigurări de sănătate.

ART. 67

În relatiile contractuale cu unitatile sanitare cu paturi, pe langa obligațiile generale prevazute la art. 16, casele de asigurări de sănătate au urmatoarele obligatii:

a) sa deconteze, în primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor în luna precedenta, pe baza facturii și a documentelor insotitoare, cu incadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurări de sănătate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizati și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor insotitoare;

b) sa tina evidenta externarilor pe asigurat, în functie de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenta asiguratul.

3. Decontarea serviciilor medicale spitalicesti

ART. 68

(1) Modalitatile de plata a serviciilor medicale spitalicesti contractate cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc prin norme și pot fi, dupa caz:

- a) tarif pe caz rezolvat: sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialitati;
- b) tarif pe zi de spitalizare pe baza de indicatori specifici, stabiliti prin norme, pentru spitalele/sectiile la care nu se aplica prevederile lit. a);
- c) tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical pentru serviciile medicale de tip spitalicesc acordate în regim de spitalizare de zi, prevazute în actele normative în vigoare.

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

- a) sume aferente Programului national cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, pe baza unor contracte distincte incheiate cu casele de asigurări de sănătate;
- b) sume pentru serviciile de supleere renala, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacientilor hemodializati de la și la domiciliul pacientilor, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacientilor, acordate în cadrul Programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica din cadrul Programului national cu scop curativ, pe baza unor contracte distincte incheiate cu casele de asigurări de sănătate;
- c) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicala, diabet zaharat, nutritie și boli metabolice și în cabinetele de planificare familiala în care își desfasoara activitatea medici cu specialitatea obstetrica-ginecologie, care se afla în structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, precum și în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului, finantate din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitatile clinice, în conditiile stabilite prin norme;
- d) sume pentru investigatii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finantate din fondul alocat asistentei medicale spitalicesti, în conditiile stabilite prin norme.

(3) Sumele prevazute la alin. (2) lit. c) - d) se aloca prin incheierea de acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale spitalicesti, incheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

ART. 69

(1) Casele de asigurări de sănătate deconteaza serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicesti, cu încadrarea în sumele contractate, în functie de realizarea indicatorilor negociati conform normelor, în urmatoarele conditii:

a) pentru spitalele în care serviciile medicale furnizate se decontează pe baza de tarif pe caz rezolvat (DRG) sau de tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, decontarea se face în funcție de numărul de cazuri externate, raportate și validate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

b) pentru spitalele/sectiile în care serviciile medicale furnizate se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiași cu cei avuți în vedere la contractare, cu condiția respectării criteriilor de internare și în condițiile stabilite prin norme, în limita valorii de contract; numărul de cazuri externate se raportează și se validează de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare specifice, stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

c) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei prevăzute prin program pentru medicamente și materiale sanitare specifice;

d) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiența renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei contractate cu această destinație;

e) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, efectuate în regim ambulatoriu, precum și în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului se decontează în condițiile specifice ambulatoriului de specialitate;

f) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu se decontează în condițiile prevederilor specifice ambulatoriului pentru specialități paraclinice, în limita sumei contractate;

g) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, finanțate din fondul alocat pentru asistenta medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, se decontează în limita sumelor contractate.

(2) Cazurile internate în regim de spitalizare continuă care nu au îndeplinit criteriile de internare nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se decontează de casele de asigurări de sănătate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferența reprezentând cheltuielile hoteliere fiind suportată de asigurat.

ART. 70

Spitalele vor acoperi din sumele obtinute conform art. 69, cu exceptia sumelor pentru medicamente și materiale sanitare specifice, acoperite prin Programul national cu scop curativ și pentru servicii de hemodializa și dializa peritoneala, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:

a) investigatiile paraclinice pentru bolnavii internati, efectuate în alte unitati spitalicesti sau în unitati ambulatorii de specialitate, în situatiile în care spitalul respectiv nu detine dotarea necesara sau aparatura existenta în dotarea acestuia nu este functionala;

b) consultatii interdisciplinare pentru pacientii internati, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unitati sanitare cu paturi, pe baza relatiilor contractuale stabilite între unitatile sanitare respective;

c) dispensarele medicale care, datorita lipsei unui medic, nu s-au putut constitui în cabinete medicale organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificările și completările ulterioare, și care raman în structura unitatilor sanitare cu paturi la care sunt arondate, în conditiile stabilite prin norme;

d) transport interspitalicesc pentru asiguratii care necesita conditii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultatiilor și investigatiilor paraclinice;

e) servicii hoteliere standard (cazare și masa) pentru insotitorii copiilor bolnavi în varsta de pana la 3 ani, precum și pentru insotitorii persoanelor cu handicap grav, în conditiile stabilite prin norme.

ART. 71

(1) Spitalele sunt obligate sa suporte pentru asiguratii internati în regim de spitalizare continua și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigatii paraclinice.

(2) În situatia în care asiguratii, pe perioada internarii în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din sectia în care acestia sunt internati și avizate de seful de sectie și managerul spitalului, suporta cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigatii paraclinice la care ar fi fost îndreptatiti fara contributie personala, în conditiile prezentului contract-cadru, spitalele ramburseaza contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguratilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevazute la alin. (2) reprezinta o obligatie exclusiva a spitalelor și se realizeaza numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 72

Casele de asigurări de sănătate contracteaza servicii medicale paliative în regim de spitalizare, daca acestea nu pot fi efectuate în conditiile asistentei medicale la domiciliu, și deconteaza aceste servicii prin tarif pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitatile sanitare cu paturi.

ART. 73

Spitalele pot incasa coplata de la asigurati conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 74

Casele de asigurări de sănătate deconteaza cazurile externate din unitatile sanitare de medicina muncii - boli profesionale cu personalitate juridica și din sectiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boala profesionala, în conditiile respectarii criteriilor de internare prevazute la art. 60 alin. (4) și în conditiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Casele de asigurări de sănătate nu deconteaza mai mult de 70% din cazurile externate din unitatile sanitare de medicina muncii - boli profesionale cu personalitate juridica și din sectiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

4. Sanctiuni și conditii de suspendare și modificare a contractelor de furnizare de servicii medicale spitalicesti

ART. 75

(1) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile unitatilor sanitare cu paturi prevazute în contractul incheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage aplicarea unor sanctiuni pentru luna în care s-au inregistrat aceste situatii, dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare, retinerea unei sume calculata prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferenta lunii respective;
- b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculata prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunara;
- c) la a treia constatare și la urmatoarele constatarari dupa aceasta, retinerea unei sume calculata prin aplicarea unui procent de 5% la valoarea de contract lunara.

Retinerea sumei conform celor de mai sus se aplica pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plata ce urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt în relatie contractuala cu casele de asigurări de sănătate. Sumele obtinute ca disponibil în conditiile de mai sus la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reintregirea sumei alocate asistentei medicale spitalicesti. Odata cu prima constatare, casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunta Ministerul Sănătății Publice, respectiv ministerele și institutiile cu retea sanitara proprie despre situatiile respective, în vederea luarii masurilor ce se impun.

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti incheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifica în sensul suspendarii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisa, în urmatoarele situatii:

a) o sectie sau unele sectii nu mai indeplinesc/nu mai indeplinesc conditiile de contractare; suspendarea se face pana la indeplinirea conditiilor obligatorii pentru reluarea activitatii;

b) retragerea, la nivelul sectiei/sectiilor, a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar; suspendarea se face pana la obtinerea noii autorizatii sanitare de functionare sau a documentului similar;

c) pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului.

(3) Prevederile art. 18 nu se aplica unitatilor sanitare cu paturi.

(4) În cazul reorganizării unitatilor sanitare cu paturi, prin desfiintarea lor și infiintarea concomitenta a unor noi unitati sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridica, contractele de furnizare de servicii medicale incheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noile unitati sanitare infiintate, corespunzator drepturilor și obligatiilor aferente noilor structuri.

SECTIUNEA a 9-a

Servicii medicale de urgenta și transport sanitar

1. Conditii de eligibilitate în asistenta medicala de urgenta și transport sanitar

ART. 76

(1) Asistenta medicala de urgenta și transportul sanitar se acorda și se efectueaza de unitati medicale specializate, autorizate și evaluate.

(2) Modalitatile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale de urgenta și transport sanitar se stabilesc prin norme.

2. Obligatiile furnizorilor de servicii medicale de urgenta și transport sanitar și ale caselor de asigurări de sănătate

ART. 77

În relatiile contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pe langa obligatiile generale prevazute la art. 14, unitatile medicale specializate, autorizate și evaluate, care acorda servicii medicale de urgenta și de transport sanitar sunt obligate, dupa caz:

a) sa acorde ingrijiri medicale de urgenta, în caz de boala sau de accident, din momentul solicitarii sau de la locul accidentului și pana la rezolvarea starii de urgenta, în limita competentelor, cu respectarea criteriilor de calitate elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

- b) sa asigure prezenta personalului medico-sanitar conform legii;
- c) sa informeze unitatea sanitara la care transporta pacientul cu privire la investigatiile și tratamentele efectuate;
- d) sa elibereze adeverinte medicale de urgenta, certificate constatatoare de deces, prescriptii medicale, dupa caz, conform normelor;
- e) sa asigure servicii medicale de urgenta, utilizand mijlocul de transport adecvat și echipamentul corespunzator situatiei respective;
- f) sa introduca monitorizarea apelurilor.

ART. 78

În relatiile contractuale cu unitati medicale specializate casele de asigurări de sănătate au obligatia sa deconteze unitatilor medicale specializate, în primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale de urgenta și a serviciilor de transport sanitar acordate asiguratilor în luna precedenta, în baza facturii și a documentelor insotitoare, cu incadrarea în sumele negociate și contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurări de sănătate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizati și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor insotitoare.

3. Decontarea serviciilor medicale de urgenta și de transport sanitar

ART. 79

Modalitatile de plata a serviciilor medicale de urgenta și transport sanitar sunt:

1. pentru unitatile medicale specializate publice autorizate și evaluate: buget global stabilit pe baza indicatorilor prevazuti în norme;
2. pentru unitatile specializate autorizate și evaluate:
 - a) pentru plata consultatiilor de urgenta la domiciliu:
 - a1) tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediul rural sau mila parcursa pentru serviciile de transport medical;
 - a2) tarif pe solicitare;
 - b) pentru alte tipuri de transport sanitar se utilizeaza tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediul rural sau mila parcursa, dupa caz.

ART. 80

Sumele aferente serviciilor contractate cu unitatile medicale specializate au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fond.

ART. 81

Modalitatile de decontare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale de urgenta și de transport sanitar se stabilesc prin norme.

4. Sanctiuni și conditii de modificare a contractelor de furnizare de servicii medicale de urgenta și transport sanitar

ART. 82

(1) Nerespectarea oricareia dintre obligațiile unitatilor medicale specializate prevazute în contractul incheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage diminuarea valorii de contract pentru luna în care s-au inregistrat aceste situatii, dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare, retinerea unei sume calculata prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferenta lunii respective;
- b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculata prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunara;
- c) la a treia constatare și la urmatoarele constatari dupa aceasta, retinerea unei sume calculata prin aplicarea unui procent de 5% la valoarea de contract lunara.

Retinerea sumei conform celor de mai sus se aplica pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plata ce urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt în relatie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Sumele obtinute ca disponibil în conditiile de mai sus la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reintregirea sumei alocate asistentei medicale de urgenta și transport sanitar.

(2) Prevederile art. 18 nu se aplica.

SECTIUNEA a 10-a

Ingrijiri medicale la domiciliu

1. Conditii de eligibilitate a furnizorilor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu

ART. 83

(1) Ingrijirile medicale la domiciliu se acorda de către furnizorii de ingrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice, autorizate și evaluate în condițiile legii, alții decât medicii de familie și spitalele, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de ingrijiri medicale la domiciliu.

(2) Condițiile acordării serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu se stabilesc în norme.

2. Obligatiile furnizorilor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu

ART. 84

Furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 14, sunt obligați:

- a) să acorde asiguraților servicii de ingrijiri medicale la domiciliu numai pe baza biletelor de recomandare eliberate de medicii din unitățile sanitare - furnizori de servicii medicale, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; medicii de specialitate care recomandă servicii de ingrijiri medicale la domiciliu nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați sau administratori ai unui furnizor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu;
- b) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată;
- c) să comunice direct atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu, cât și medicului de familie al asigurațului evoluția stării de sănătate a acestuia;
- d) să țină evidența serviciilor de ingrijiri medicale furnizate la domiciliul asigurațului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;
- e) să urmărească prezentarea la controlul medical a asigurațului 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;
- f) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și din spital, zilnic, inclusiv sâmbătă, duminică și în timpul sărbătorilor legale.

3. Sancțiuni, condiții de reziliere și modificare a contractului de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu

ART. 85

Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării situațiilor de la art. 18, în cazul nerespectării situațiilor prevăzute la art.

84 lit. a) - d), precum și la a patra constatare a nerespectării obligației prevăzute la art. 84 lit. f).

ART. 86

În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 14 lit. b), nerespectarea termenului de 5 zile pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 14 lit. e), k) și u), precum și în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 84 lit. f), suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 2%;
- b) la a doua constatare, cu 15%;
- c) la a treia constatare, cu 20%.

Retinerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi la întregirea fondului alocat serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

4. Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

ART. 87

Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu este tariful pe serviciu medical. Tarifele aferente serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și condițiile acordării acestora se stabilesc prin norme.

SECTIUNEA a 11-a

Asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății în unități sanitare cu paturi

1. Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

ART. 88

Asistența medicală de recuperare-reabilitare se asigură în unități medicale de specialitate, autorizate și evaluate conform legii, respectiv în spitale de recuperare, secții/compartimente din spitale, sanatorii pentru adulți și copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și

completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății Publice ca sanatorii balneare sau au în structura avizata de Ministerul Sănătății Publice sectii sanatoriale balneare.

2. Obligatiile furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

ART. 89

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe langa obligațiile generale prevazute la art. 14, furnizorii de servicii medicale de recuperare au urmatoarele obligatii:

a) sa acorde servicii medicale asiguratilor numai pe baza de bilet de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflat în relatii contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

b) sa informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicala trimisa direct, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia.

3. Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

ART. 90

Modalitatile de plata în asistenta medicala de recuperare-reabilitare sunt:

a) tarif pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevazuti în norme pentru serviciile medicale acordate în spitalele de recuperare și în sectiile/compartimentele de recuperare din spitale; contravaloarea acestor servicii este suportata din fondul aferent asistentei medicale spitalicesti, în conditiile prevazute în norme;

b) tarif pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevazuti în norme pentru serviciile medicale acordate în sanatorii/sectii sanatoriale din spitale pentru adulti și copii, inclusiv cele balneare, și în preventorii. Contravaloarea acestor servicii este suportata din fondul aferent asistentei medicale de recuperare-reabilitare. În cadrul sumelor negociate și contractate casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii urmatoare sumele aferente lunii precedente. Pentru fiecare luna, casele de asigurări de sănătate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizati și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor insotitoare.

În cazul sanatoriilor balneare, sumele negociate și contractate cu casele de asigurări de sănătate sunt diminuate cu partea de contributie suportata de asigurati, care reprezinta 30 - 35% din indicatorul specific, în functie de tipul de asistenta medicala balneara și de durata tratamentului, în conditiile stabilite în norme.

ART. 91

(1) Recomandarile pentru tratament de recuperare-reabilitare 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 de recuperare-reabilitare.

(2) Recomandarile pentru tratament de recuperare-reabilitare în stațiunile balneoclimatice se întocmesc în două exemplare, astfel încât un exemplar să fie prezentat de către asigurat furnizorului de servicii de recuperare-reabilitare.

4. Sancțiuni și condiții de modificare a contractelor de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în unități sanitare cu paturi

ART. 92

(1) Nerespectarea oricărui dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare, prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 5% la valoarea de contract lunară.

Reținerea sumei conform celor de mai sus se aplică pentru luna în care a avut loc constatarea, din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Sumele obținute ca disponibil în condițiile de mai sus la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reintregirea sumei alocate asistentei medicale de recuperare-reabilitare.

(2) Prevederile art. 18 nu se aplică unităților sanitare cu paturi de recuperare-reabilitare.

CAPITOLUL III

Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 93

Medicamentele cu și fara contributie personala în tratamentul ambulatoriu, precum și unele materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ se asigura de farmaciile autorizate de Ministerul Sănătății Publice, evaluate conform reglementarilor legale în vigoare, în baza contractelor incheiate cu casele de asigurări de sănătate.

ART. 94

(1) Lista cuprinzand DCI ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiaza asiguratii pe baza de prescriptie medicala în tratamentul ambulatoriu, cu sau fara contributie personala, denumita în continuare lista, se elaboreaza anual de Ministerul Sănătății Publice și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmacistilor din Romania, și se aproba prin hotarare a Guvernului.

(2) Dupa 3 luni de la intrarea în vigoare, lista se poate modifica/completa trimestrial prin hotarare a Guvernului, în cazul în care nu mai corespunde nevoilor de sănătate ale populatiei, pe baza analizei Ministerului Sănătății Publice, a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmacistilor din Romania, care adopta masurile ce se impun pentru a asigura functionarea în continuare a sistemului, avand în vedere sumele ce pot fi acordate cu aceasta destinatie.

ART. 95

(1) Casele de asigurări de sănătate incheie contracte cu reprezentantii legali ai societatilor comerciale farmaceutice pentru farmaciile acestora, autorizate și evaluate, precum și cu cei ai farmaciilor care functioneaza în structura unor unitati sanitare din ambulatoriul de specialitate apartinand ministerelor și institutiilor din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale și autoritatii judecatoresti, pe baza urmatoarelor documente:

- a) certificatul de inmatriculare la registrul comertului/actul de infiintare, dupa caz;
- b) codul unic de inregistrare;
- c) autorizatia de functionare;
- d) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca;
- e) dovada de evaluare a farmaciei;
- f) dovada asigurării de raspundere civila în domeniul medical, atat pentru furnizor, cat și pentru personalul farmaceutic (farmacistii și asistentii de farmacie), valabila pe toata perioada derularii contractului;
- g) dovada platii contributiei la Fond conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Casele de asigurări de sănătate pot solicita și alte documente strict necesare încheierii contractelor, aprobate prin decizie a președinților-directori generali, cu consultarea prealabilă a furnizorilor de medicamente care solicită încheierea de contracte cu casa de asigurări de sănătate.

(3) În contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se va specifica valoarea orientativă, defalcată pe trimestre și luni, pentru eliberarea medicamentelor antidiabetice orale și de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, a medicamentelor pentru tratamentul stării posttransplant, a medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, a medicamentelor pentru tratamentul persoanelor cu infecție HIV/SIDA, a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice, a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente bolilor rare mucoviscidoză, epidermoliza buloasă și scleroza laterală amiotrofică din cadrul Programului național de hemofilie, talasemie și alte boli rare și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ. Valoarea orientativă a contractului se va stabili în condițiile stabilite prin norme. Valoarea orientativă a contractelor pentru farmaciile din rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, care intră în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, se stabilește prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru.

(4) Clauzele contractului pot fi modificate prin acte adiționale.

(5) Contractele pot fi încheiate de reprezentantul legal al societății comerciale farmaceutice cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective și/sau Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor. În situația în care în cadrul aceleiași societăți comerciale farmaceutice funcționează mai multe farmacii, situate în județe diferite, reprezentantul legal al societății comerciale încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București în a cărei rază teritorială se află amplasate farmaciile respective și/sau Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor. În situația în care o societate comercială farmaceutică are deschise puncte de lucru, înființate conform prevederilor legale în vigoare, în alte județe, aceasta va încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află punctul de lucru, în condițiile stabilite prin norme.

(6) Reprezentanții legali ai furnizorilor care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești încheie contracte cu Casa

Asigurărilor de Sănătate a Aparării, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autorității Judecătorești.

SECTIUNEA a 2-a

Drepturile și obligațiile furnizorilor de medicamente, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 96

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente evaluați au următoarele obligații:

- a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în lista, inclusiv cu medicamente la preț de referință și la preț de decontare;
- b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași DCI cu prioritate, la prețurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea asiguratului, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din Lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; să se aprovizioneze, la cererea asiguratului, în maximum 48 de ore cu materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, dacă acestea nu există la momentul solicitării în farmacie;
- c) să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică, corectă și la zi;
- d) să verifice prescripțiile medicale în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ de către casele de asigurări de sănătate;
- e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în norme cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic; să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale pentru materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ;
- f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând Sistemul Informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie

compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea în procesul de transmitere a datelor;

g) sa intocmeasca și sa prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontarii medicamentelor cu și fara contributie personala în tratamentul ambulatoriu, precum și a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ - factura, borderou-centralizator, prescriptii medicale -, cu inscrierea numarului de ordine al bonului fiscal și a datei de emitere a acestora, pe baza carora au fost eliberate medicamentele și materialele sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ, în conditiile stabilite prin norme;

h) sa respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fara contributie personala în tratamentul ambulatoriu, în conditiile stabilite prin norme, și modul de eliberare a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ, în conditiile reglementarilor legale în vigoare;

i) sa functioneze cu personal farmaceutic care poseda drept de libera practica, conform legii;

j) sa informeze asiguratii cu privire la drepturile și obligatiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescriptiei medicale;

k) sa respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului, adoptat prin Decizia Adunarii generale nationale a Colegiului Farmacistilor din Romania nr. 1/2005, cu modificarile ulterioare, în relatiile cu asiguratii;

l) sa își stabileasca programul de functionare, pe care sa il afiseze la loc vizibil în farmacie, sa participe la sistemul organizat pentru asigurarea furnizarii medicamentelor cu și fara contributie personala în tratamentul ambulatoriu, precum și a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ, în zilele de sambata, duminica și de sarbatori legale, precum și pe timpul noptii, și sa afiseze la loc vizibil programul farmaciilor care asigura continuitatea furnizarii de medicamente. Acest program se stabileste în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

m) sa elibereze medicamentele din prescriptiile medicale asiguratilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenta asiguratul, în conditiile în care furnizorul de medicamente are contract cu casa de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescriptia medicala a incheiat contract sau conventie în vederea recunoasterii prescriptiilor medicale eliberate în situatiile prevazute în norme. În cazul medicamentelor antidiabetice orale și de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, al medicamentelor pentru tratamentul starii posttransplant, al medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor

cu afectiuni oncologice, al medicamentelor pentru tratamentul persoanelor cu infectie HIV/SIDA, al medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice, al medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor aferente bolilor rare mucoviscidoza, epidermoliza buloasa și scleroza laterala amiotrofica din cadrul Programului national de hemofilie, talasemie și alte boli rare și al materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ, în conditiile prevazute în norme, valorile de contract sunt orientative;

n) sa anuleze medicamentele si/sau materialele sanitare care nu au fost eliberate, în fata primitorului, pe toate exemplarele prescriptiei medicale, în conditiile stabilite prin norme;

o) sa nu elibereze medicamentele și materialele sanitare din prescriptiile medicale care si-au incetat valabilitatea;

p) sa pastreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamatii; condica va fi numerotata de farmacie și stampilata de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se afla în relatie contractuală;

q) sa asigure prezenta unui farmacist în farmacie și la punctele de lucru pe toata durata programului de lucru declarat și prevazut în contractul incheiat cu casa de asigurări de sănătate;

r) sa depuna, în primele 15 zile calendaristice ale lunii urmatoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fara contributie personala în tratamentul ambulatoriu, precum și materialele sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectiva; pentru medicamentele antidiabetice orale și de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, medicamentele pentru tratamentul starii posttransplant, medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afectiuni oncologice, medicamentele pentru tratamentul persoanelor cu infectie HIV/SIDA, medicamentele corespunzatoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice, medicamentele corespunzatoare DCI-urilor aferente bolilor rare mucoviscidoza, epidermoliza buloasa și scleroza laterala amiotrofica din cadrul Programului national de hemofilie, talasemie și alte boli rare și pentru materialele sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ, în conditiile precizate prin norme, decontarea se face la nivelul realizat, cu incadrarea în fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate;

s) sa se informeze asupra conditiilor de furnizare a medicamentelor cu și fara contributie personala în tratamentul ambulatoriu, precum și a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ;

t) sa nu inlocuiasca medicamentele prescrise de medic, cu exceptia urmatoarelor situatii, în conditiile prevazute în norme:

daca medicamentul recomandat de medic este prea scump și bolnavul nu dispune de resursele financiare necesare pentru a suporta diferenta de pret dintre pretul de referinta și pretul de vanzare cu amanuntul al medicamentului respectiv;

daca farmacia nu are disponibil în stoc, la momentul solicitarii, produsul prescris de către medic și bolnavul nu este de acord ca farmacia sa il aduca bolnavului în termen de 24, respectiv 48 de ore, în conditiile legii;

u) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor și informatiilor privitoare la asigurati, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

v) sa anunte casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau a mai multora dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ, anterior producerii acestora sau cel mai tarziu la 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, și sa indeplineasca în permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

x) sa acorde medicamentele prevazute în Lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala, care se aproba prin hotarare a Guvernului, și sa nu incaseze contributie personala pentru medicamentele la care nu sunt prevazute astfel de plati;

y) sa transmita caselor de asigurări de sănătate, pe suport magnetic, contravaloarea medicamentelor și materialelor sanitare eliberate pe parcursul unei saptamani, în prima zi a saptamanii urmatoare celei pentru care se face raportarea.

ART. 97

În relatiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca de la casa de asigurări de sănătate, la termenele prevazute în contract, contravaloarea medicamentelor cu și fara contributie personala eliberate, conform facturilor emise și documentelor insotitoare, respectiv la nivelul realizat pentru medicamentele antidiabetice orale și de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, medicamentele pentru tratamentul starii posttransplant, medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afectiuni oncologice, medicamentele pentru tratamentul persoanelor cu infectie HIV/SIDA, medicamentele corespunzatoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice, medicamentele corespunzatoare DCI-urilor aferente bolilor rare mucoviscidoza, epidermoliza buloasa și scleroza laterala amiotrofica din cadrul Programului national de hemofilie, talasemie și alte boli rare, precum și pentru materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ, în conditiile precizate prin norme, pentru care s-a stabilit valoare de contract orientativa, în limita sumelor alocate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu aceasta destinatie;

b) sa se informeze și sa fie informati asupra modalitatii de furnizare a medicamentelor cu și fara contributie personala în tratamentul ambulatoriu, precum și a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ;

c) sa cunoasca conditiile de contractare a furnizarii de medicamente cu și fara contributie personala în tratamentul ambulatoriu, suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, și de materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, precum și eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative;

d) sa incaseze de la asigurati contributia personala reprezentand diferenta dintre pretul de vanzare cu amanuntul și suma corespunzatoare aplicarii procentului de compensare a medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor prevazute în sublistele A și B asupra pretului de referinta, respectiv diferenta dintre pretul de vanzare cu amanuntul și pretul de referinta/pretul de decontare al medicamentelor, decontata de casele de asigurări de sănătate, cu exceptia medicamentelor și a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ;

e) sa nu elibereze prescriptiile medicale care nu contin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda, precum și daca nu au fost respectate conditiile prevazute în norme privind eliberarea prescriptiilor medicale, referitoare la numarul de medicamente și la durata terapiei, exceptie facand situatiile prevazute la art. 98 lit. c);

f) sa negocieze în calitate de parte contractanta clauze suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurări de sănătate, în limita prevederilor legale în vigoare.

ART. 98

În relatiile contractuale cu furnizorii de medicamente, casele de asigurări de sănătate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte de furnizare de medicamente cu și fara contributie personala în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ numai cu furnizorii de medicamente autorizati și evaluati conform reglementarilor legale în vigoare și sa faca publice, în termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web, lista acestora pentru informarea asiguratilor;

b) Casa Asigurarilor de Sănătate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Naționale și Autoritatii Judecatoresti și Casa Asigurarilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor sunt obligate sa incheie contracte cu cel puțin o farmacie în localitatile în care acestea au contracte incheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel incat sa se asigure accesul asiguratilor la medicamente;

c) sa nu deconteze contravaloarea prescriptiilor medicale care nu contin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora; casele de asigurări de sănătate deconteaza prescriptii medicale care nu contin toate datele, dar numai pentru afectiuni acute și daca se poate identifica medicul, asiguratul și daca se specifica faptul ca tratamentul este prescris pentru afectiune acuta. În aceasta situatie casele de asigurări de sănătate vor atentiona medicii care prescriu rețete fara toate datele obligatorii necesare în vederea decontarii acestora, iar incepand cu cea de-a treia abatere constatata, casele de asigurări de sănătate vor încasa de la medicii care au eliberat prescriptia medicala valoarea decontata pentru fiecare prescriptie medicala la care s-au constatat astfel de deficiente. Sumele obtinute din aceste incasari se vor folosi conform prevederilor legale în vigoare;

d) sa deconteze furnizorilor de medicamente cu care au incheiat contracte contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fara contributie personala; se vor deconta la nivelul realizat medicamentele și materialele sanitare pentru bolnavii diabetici, medicamentele pentru tratamentul starii posttransplant, medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afectiuni oncologice, medicamentele pentru tratamentul persoanelor cu infectie HIV/SIDA, medicamentele corespunzatoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice, medicamentele corespunzatoare DCI-urilor aferente bolilor rare mucoviscidoza, epidermoliza buloasa și scleroza laterala amiotrofica din cadrul Programului national de hemofilie, talasemie și alte boli rare și materialele sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ, în conditiile prevazute în norme, pentru care s-a stabilit valoarea de contract orientativa, în limita sumelor alocate cu aceasta destinatie la nivelul casei de asigurări de sănătate, la termenele prevazute în norme;

e) sa urmareasca lunar evolutia consumului de medicamente cu și fara contributie personala în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor inclusi în unele programe nationale de sănătate cu scop curativ, comparativ cu fondul alocat cu aceasta destinatie, luand masurile ce se impun;

f) sa informeze furnizorii de medicamente cu privire la conditiile de contractare și la modificarile aparute ulterior ca urmare a modificarii actelor normative;

g) sa inmaneze la momentul efectuării controlului sau, dupa caz, sa comunice furnizorilor de medicamente procesele-verbale si/sau notele de constatare ca urmare a controalelor efectuate, în termen de maximum 3 zile lucratoare de la efectuarea controlului;

h) sa aduca la cunostinta furnizorilor de medicamente numele și codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt în relatie contractuala cu casa de asigurări de sănătate, cel mai tarziu la data incetării relatiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi.

Modalitățile de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ

ART. 99

(1) Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond, pentru fiecare medicament corespunzător DCI-ului din listă, este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra pretului de referință pentru DCI-urile cuprinse în sublistele A, B și C, respectiv pretul de decontare pentru medicamentele și materialele sanitare cuprinse în lista aprobată prin ordin al ministrului sănătății publice.

(2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista A este de 90% din pretul de referință, al celor din sublista B este de 50% din pretul de referință, iar al celor din secțiunile C1 și C3 din sublista C este de 100% din pretul de referință.

(3) Pretul de referință reprezintă pretul cel mai mic corespunzător unității terapeutice aferente aceleiași forme farmaceutice din cadrul DCI și pentru fiecare concentrație.

(4) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2009 se efectuează în ordine cronologică până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(5) Decontarea contravalorii medicamentelor pentru care se fac transferuri din bugetul Ministerului Sănătății Publice în bugetul Fondului se face până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate.

ART. 100

(1) Modalitățile de prescriere, eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamente sub forma denumirii comerciale. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, cu următoarele restricții:

a) pentru sublistele A și B - o singură prescripție lunară, cu maximum 7 medicamente, dar nu mai mult de 3 medicamente din sublista B;

b) în situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu #, nu se mai prescrie în luna respectivă și alte medicamente din sublista B;

c) pentru sublista C secțiunea C1 - pe fiecare cod de boală, o singură prescripție lunară, cu maximum 3 medicamente;

d) pentru sublista C secțiunea C3 - o singură prescripție lunară, cu maximum 4 medicamente.

(2) Prin excepție, în cazul medicamentelor prevăzute în tabelul II din anexa la Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu completările ulterioare, se pot emite pentru același asigurat mai multe prescripții, conform reglementărilor legale în vigoare.

(3) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale și asiguraților cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe luna, atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A, cât și pentru cele cuprinse în sublista B, precum și cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe luna pentru fiecare cod de boală, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C1, și mai mult de o prescripție medicală pe luna pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C3; în această situație, asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excepția situației prevăzute la alin. (2).

(4) Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor cu prețul cel mai mic, corespunzătoare fiecărei DCI cuprinse în sublistele A, B și C secțiunea C1, pentru aceeași concentrație și formă farmaceutică, în condițiile alin. (1) - (3).

(5) Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite. Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, cu excepția medicamentelor antidiabetice orale, a medicamentelor antidiabetice de tipul insulinelor și testele de automonitorizare pentru bolnavii diabetici, a medicamentelor antidiabetice orale și de tipul insulinelor și testelor de automonitorizare pentru tratamentul mixt al bolnavilor diabetici, a medicamentelor pentru tratamentul stării posttransplant, a medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, a medicamentelor pentru tratamentul persoanelor cu infecție HIV/SIDA, a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice, a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente bolilor rare mucoviscidoză, epidermoliza buloasă și scleroza laterală amiotrofică din cadrul Programului național de hemofilie, talasemie și alte boli rare și pentru materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în condițiile prevăzute în norme, pentru care se completează prescripții distincte.

(6) În cazul în care prețul de vânzare cu amănuntul al medicamentelor de pe sublista B depășește limitele prevăzute la alin. (1) lit. b), cu excepția celor notate cu #, diferența va fi suportată integral de asigurat.

(7) Copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 12 luni beneficiază de medicamente gratuite, fără plafonare valorică și cantitativă. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 12 luni se suportă din Fond, conform prevederilor legale în vigoare.

(8) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de 3 - 5 zile în afecțiuni acute, de 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, cu excepția bolnavilor cuprinși în unele programe de sănătate prevăzute în norme pentru care perioada poate fi de până la 90 de zile. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schema terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale și menționată pe prescripție sub rubrica aferentă CNP-ului. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

ART. 101

(1) Medicamentele cu și fără contribuție personală, precum și unele materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se acordă în tratamentul ambulatoriu pe baza de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință și care nu sunt înscrși la un medic de familie din localitatea unde se află unitatea de învățământ, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris. Medicii dentști din cabinetele stomatologice școlare și studentesti pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii din caminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedepasabili sau cu afecțiuni acute din aceste institutii, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie. Medicii din institutiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedepasabili sau cu afecțiuni acute din aceste institutii, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrse în lista unui medic de familie. Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe baza de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate. Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentști din cabinetele școlare și studentesti, medicii din caminele de bătrâni, medicii din institutiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu

Handicap, cu unitatile sanitare pentru medicii care își desfășoara activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintala, respectiv centre de sănătate mintala și stationar de zi, cabinete de planificare familiala, cabinete medicale de boli infectioase, cabinete de medicina dentara care nu se afla în relatie contractuala cu casa de asigurări de sănătate, care se afla în structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, și cu medicii din unitatile și compartimentele de primire a urgentelor din cadrul spitalelor ce sunt finantate din bugetul de stat, în vederea recunoasterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fara contributie personala eliberate de către acestia. Modelul de conventie este cel prevazut în norme. Prin medici/medici dentisti din cabinetele scolare și studentesti se intelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din scoli și unitati de invatamant superior, cabinete integrate în structura spitalelor teritoriale și finantate de la bugetul de stat.

SECTIUNEA a 4-a

Sanctiuni, conditii de reziliere, suspendare și incetare a contractelor de furnizare de medicamente cu și fara contributie personala în tratamentul ambulatoriu

ART. 102

Contractul de furnizare de medicamente cu și fara contributie personala în tratamentul ambulatoriu se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatarii, în urmatoarele situatii:

- a) daca farmacia evaluata nu incepe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului;
- b) daca, din motive imputabile farmaciei evaluate, aceasta își intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) în cazul expirarii perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizatiei de functionare, de la incetarea termenului de valabilitate a acesteia;
- d) în cazul revocarii de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei sau al expirarii termenului de valabilitate a acesteia;
- e) daca farmacia evaluata inlocuieste medicamentele si/sau materialele sanitare neeliberate din prescriptia medicala cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;
- f) odata cu prima constatare, dupa aplicarea de 3 ori în cursul unui an a masurilor prevazute la art. 106 alin. (1); pentru societatile comerciale farmaceutice în cadrul carora functioneaza mai multe farmacii/puncte de lucru, odata cu prima constatare, dupa aplicarea la nivelul societatii a masurilor prevazute la art. 106 alin. (1) de cate 3 ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/punct de lucru din structura societatii farmaceutice; daca la nivelul societatii comerciale se aplica de 3 ori în cursul unui an masurile prevazute la art. 106

alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții medicale privind eliberarea de medicamente și/sau materiale sanitare conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

h) în cazul nerespectării prevederilor art. 96 lit. c), f), h), m), o), q), u), v) și x);

i) la a patra constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 96 lit. a), b), g), n), r), s), t) și y);

j) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 96 lit. e), j), k), l) și p);

k) în cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor și/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond.

ART. 103

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

a) expirarea termenului de valabilitate a autorizației de funcționare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data expirării acesteia;

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

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

ART. 104

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

a) furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

- b) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;
- c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de vointa al partilor;
- e) denuntarea unilaterala a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisa și motivata, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului.

ART. 105

(1) Pentru societatile comerciale farmaceutice în cadrul carora functioneaza mai multe farmacii/puncte de lucru, conditiile de reziliere a contractelor prevazute la art. 102 lit. f), g) și h) - pentru nerespectarea prevederilor art. 96 lit. f), m) și v) - și conditiile de reziliere a contractelor prevazute la art. 102 lit. i) - pentru nerespectarea prevederilor art. 96 lit. g) și r) - se aplica la nivel de societate; restul conditiilor de reziliere prevazute la art. 102 se aplica corespunzator pentru fiecare dintre farmaciile/punctele de lucru la care se inregistreaza aceste situatii, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzator. Prevederile art. 103 și 104 referitoare la conditiile de suspendare, respectiv incetare se aplica societatii comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv punctelor de lucru, dupa caz.

(2) În situatia în care prin farmaciile/punctele de lucru excluse din contractele incheiate între societatile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate continua sa se elibereze medicamente cu sau fara contributie personala si/sau materiale sanitare în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele incheiate cu societatile comerciale respective pentru toate farmaciile/punctele de lucru cuprinse în aceste contracte.

ART. 106

(1) În cazul în care se constata nerespectarea nejustificata a programului de lucru comunicat la casa de asigurări de sănătate și prevazut în contract, suma convenita pentru luna în care s-au inregistrat aceste situatii se diminueaza dupa cum urmeaza:

- a) cu 2% la prima constatare;
- b) cu 15% la a doua constatare;
- c) cu 20% la a treia constatare.

(2) În cazul în care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 96 lit. e), j), k), l) și p) și în cazul nerespectarii termenului de 5 zile pentru remedierea situatiilor prevazute la art. 96 lit. a), b), g), n), r), s), t) și y), suma convenita pentru luna în care s-au inregistrat aceste situatii se diminueaza dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare, cu 2%;
- b) la a doua constatare, cu 15%;

c) la a treia constatare, cu 20%.

(3) Retinerea sumei conform alin. (1) și (2) se aplica pentru luna în care a avut loc constatarea din prima plata ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi la întregirea fondului alocat consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 107

Lista prețurilor de referință la nivel de unitate terapeutică corespunzătoare medicamentelor - denumiri comerciale din Catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății publice, se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în condițiile stabilite prin norme. În lista prețurilor de referință se cuprind și prețurile de decontare stabilite prin ordin al ministrului sănătății publice.

CAPITOLUL IV

Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau functionale în ambulatoriu

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate a furnizorilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau functionale în ambulatoriu

ART. 108

Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau functionale în ambulatoriu, denumite în continuare dispozitive medicale, se acordă, pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, de către furnizorii de dispozitive medicale avizați de Ministerul Sănătății Publice și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

ART. 109

(1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se încheie între furnizorul de dispozitive medicale avizat, evaluat, prin reprezentantul sau legal sau împuternicitul legal al acestuia, după caz, și casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

a) certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare și certificatul de înscriere de mențiuni, dacă este cazul, sau actul de înființare conform prevederilor legale în vigoare;

- b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca;
- c) dovada de evaluare, pentru sediul social și pentru punctele de lucru;
- d) certificatul/certIFICATELE de inregistrare a dispozitivelor medicale, emis/emise de Ministerul Sănătății Publice, si/sau declaratia/declarațiile de conformitate CE, emisa/emise de producator, dupa caz;
- e) avizul de functionare si/sau certificatul de inregistrare al producatorului de dispozitive medicale, dupa caz, emis de Ministerul Sănătății Publice;
- f) dovada de raspundere civila în domeniul medical, valabila pe toata perioada derularii contractului, atat pentru personalul medico-sanitar, cat și pentru furnizor;
- g) lista preturilor de vanzare cu amanuntul si/sau a sumelor de inchiriere pentru dispozitivele a caror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;
- h) dovada platii contributiei la Fond, conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Casele de asigurări de sănătate pot solicita și alte documente strict necesare incheierii contractelor, aprobate prin decizie a presedintilor-directori generali, cu consultarea prealabila a furnizorilor de dispozitive medicale care solicita incheierea de contract cu casa de asigurări de sănătate.

SECTIUNEA a 2-a

Drepturile și obligațiile furnizorilor de dispozitive medicale, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 110

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

- a) sa respecte prevederile legale privind conditiile de introducere pe piata și de punere în functiune a dispozitivelor medicale;
- b) sa asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesita service;
- c) sa livreze dispozitivele medicale și sa desfasoare activitati de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru pentru care detin dovada de evaluare;
- d) sa verifice la livrare, dupa caz, adaptabilitatea și buna functionare a dispozitivului medical;

- e) sa livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comanda, astfel incat datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandarii medicale sa nu sufere modificari, în conditiile în care asiguratul respecta programarea pentru proba și predarea dispozitivului medical la comanda;
- f) sa transmita Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calcularii preturilor de referinta și a sumelor de inchiriere, preturile de vanzare cu amanuntul și sumele de inchiriere ale dispozitivelor medicale pentru care nu sunt calculate preturi de referinta/sume de inchiriere și care trebuie sa fie aceleasi cu cele prevazute la art. 109 alin. (1) lit. g), insotite de certificatele de inregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății Publice si/sau de declaratiile de conformitate CE emise de producatori, dupa caz;
- g) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor și informatiilor privitoare la asigurati, precum și demnitatea și intimitatea acestora;
- h) sa emita, în vederea decontarii, facturile insotite de: copia certificatului de garantie, declaratia de conformitate pentru dispozitivele la comanda, dupa caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate dupa protezarea auditiva de un furnizor autorizat și evaluat, aflat în relatie contractuala cu casa de asigurări de sănătate, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinenta urinara, fotoliile rulante și aparatele pentru administrare continua cu oxigen, dupa caz, dovada verificarii tehnice sau a verificarii dupa reparare, dupa caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnatura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal sau a documentelor ce confirma expedierea prin posta și primirea la domiciliu; cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se deconteaza de casele de asigurări de sănătate;
- i) sa respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;
- j) sa anunte casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comanda, despre primirea deciziilor de aprobare, în termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii acestora;
- k) sa utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situatia în care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea în procesul de transmitere a datelor;
- l) sa anunte casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau a mai multora dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, anterior producerii acesteia sau cel mai tarziu la 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, și sa indeplineasca în permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor.

ART. 111

În relatiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de dispozitive medicale au urmatoarele drepturi:

- a) sa primeasca de la casa de asigurări de sănătate contravaloarea dispozitivelor medicale furnizate, conform facturilor emise și documentelor insotitoare, inclusiv sumele de inchiriere, în termen de 30 de zile de la data depunerii documentelor necesare în vederea decontării;
- b) sa fie informati ori de cate ori este nevoie și din timp asupra modalitatii de furnizare a dispozitivelor medicale;
- c) sa incaseze contributie personala de la asigurati, în conditiile prevazute în norme.

ART. 112

În relatiile contractuale cu furnizorii de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate au urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale evaluati, astfel incat sa se asigure punerea în aplicare a prevederilor prezentei hotarari și sa se faca publica în termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, inclusiv pe site-ul casei de asigurări de sănătate, lista în ordine alfabetica a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și punctul de lucru din judetul respectiv, pentru informarea asiguratului;
- b) sa informeze furnizorii de dispozitive medicale asupra conditiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;
- c) sa emita decizii privind aprobarea procurarii/inchirierii dispozitivului medical, conform bugetului aprobat;
- d) sa precizeze în decizia de procurare/inchiriere a dispozitivului medical pretul de referinta/suma de inchiriere suportat/suportata de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical furnizat de acestia și sa specifice pe versoul deciziei, în ordine alfabetica, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizeaza dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se afla în relatii contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și punctul de lucru din judetul respectiv, pentru informarea asiguratului;
- e) sa respecte dreptul asiguratului de a-si alege furnizorul de dispozitive medicale evaluat și sa puna la dispozitia asiguratilor, odata cu decizia, prin posta, lista tuturor preturilor de vanzare cu amanuntul/sumelor de inchiriere pentru dispozitivul medical aprobat prin decizie;
- f) sa asigure decontarea pe baza facturilor de decontare emise de furnizor și a documentelor insotitoare;
- g) sa verifice daca emitentul prescriptiei medicale se afla în relatii contractuale cu o casa de asigurări de sănătate. Prin emitent se intelege furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale.

SECTIUNEA a 3-a

Decontarea dispozitivelor medicale

ART. 113

Suma maxima care se suporta de casele de asigurări de sănătate din Fond pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este pretul de referinta ori, dupa caz, suma de inchiriere. Pretul de referinta și suma de inchiriere sunt prevazute în norme. Dispozitivele medicale care se acorda pentru o perioada determinata, prin inchiriere, se stabilesc prin norme. Suma de inchiriere este suma pe care o deconteaza casele de asigurări de sănătate pentru dispozitivele acordate pentru o perioada determinata.

ART. 114

(1) Casele de asigurări de sănătate deconteaza integral pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical, daca acesta este mai mic decat pretul de referinta. Daca pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical este mai mare decat pretul de referinta, diferenta se suporta de asigurat prin contributie personala și se achita direct furnizorului, care elibereaza bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factura.

(2) Pentru persoanele prevazute în legi speciale, care beneficiaza de gratuitate din Fond în conditiile prevederilor legale în vigoare, în situatia în care pentru un dispozitiv medical preturile de vanzare cu amanuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflati în relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurări de sănătate sunt mai mari decat pretul de referinta al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate deconteaza contravaloarea dispozitivului medical la pretul de vanzare cu amanuntul cel mai mic. În situatia în care pentru un dispozitiv medical preturile de vanzare cu amanuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflati în relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decat pretul de referinta, casele de asigurări de sănătate deconteaza integral pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical, daca acesta este mai mic decat pretul de referinta, respectiv pretul de referinta, daca pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical este mai mare decat pretul de referinta.

(3) Casele de asigurări de sănătate deconteaza integral suma de inchiriere a dispozitivului medical, daca aceasta este mai mica decat suma de inchiriere prevazuta în norme. Daca suma de inchiriere a dispozitivului medical este mai mare decat suma de inchiriere prevazuta în norme, diferenta se suporta de asigurat prin contributie personala și se achita direct furnizorului, care elibereaza bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factura.

(4) Pentru persoanele prevazute în legi speciale, care beneficiaza de gratuitate din Fond în conditiile prevederilor legale în vigoare, în situatia în care pentru un dispozitiv medical sumele de inchiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflati în relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurări de sănătate sunt mai mari decat suma de inchiriere prevazuta în norme a acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate deconteaza pentru inchirierea dispozitivului medical suma de inchiriere cea mai mica. În situatia în care pentru un dispozitiv medical sumele de inchiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive

medicale aflate în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere prevăzută în norme, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere prevăzută în norme, respectiv suma de închiriere, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere prevăzută în norme.

ART. 115

(1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/inchirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alături, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

(2) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență stabilit de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, publicat pe pagina web a acesteia, precum și de ponderea fiecărei categorii de dispozitive medicale din totalul dispozitivelor medicale acordate asiguraților.

ART. 116

(1) Dispozitivele medicale se acordă în baza prescripției medicale eliberate de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, și a cererii scrise întocmită de asigurat, de către unul dintre membrii de familie (părinte, soț/sotie, fiu/fiică), de o persoană împuternicită de către acesta sau de reprezentantul legal al asiguratului. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului. Prescripția medicală va fi întocmită în limita competenței medicului prescriptor. Cererea se înregistrează la casa de asigurări de sănătate în ale cărei evidente se află asiguratul. Medicul sau reprezentantul legal al medicului reprezintă furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale.

(2) Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinența urinară recomandarea se poate face și de către medicii de familie aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de familie care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului.

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

(4) 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.

(5) Medicii de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care prescriu dispozitive medicale și își desfășoară activitatea în cadrul unei unități sanitare autorizate și evaluate, nu pot reprezenta interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat.

SECTIUNEA a 4-a

Sanctiuni, conditii de reziliere, incetare și suspendare a contractelor de furnizare de dispozitive medicale

ART. 117

Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatarii, în urmatoarele situatii:

- a) revocarea de către organele în drept a avizului de functionare a furnizorului de dispozitive medicale sau expirarea termenului de valabilitate a acestuia;
- b) revocarea evaluarii sau expirarea termenului de valabilitate a evaluarii;
- c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu detine certificat de inregistrare a dispozitivului medical emis de Ministerul Sănătății Publice si/sau declaratia de conformitate CE emisa de producator, dupa caz;
- d) nerespectarea obligatiilor contractuale prevazute la art. 110 lit. a), b), c), d), g), k) și l);
- e) la a patra constatare a nerespectarii termenului de 5 zile pentru remedierea situatiilor prevazute la art. 110 lit. e), h), i) și j);
- f) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidenta financiar-contabila a dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor incheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;
- g) daca din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice.

ART. 118

Contractul de furnizare de dispozitive medicale inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

- a) incetarea, prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, a furnizorului de dispozitive medicale;

- b) incetarea definitiva a activitatii caselor de asigurări de sănătate;
- c) acordul de vointa al partilor;
- d) denuntarea unilaterala a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisa și motivata în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului.

ART. 119

Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspenda cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

- a) pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;
- b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe baza de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate și cu avizul casei de asigurări de sănătate, pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice/an.

ART. 120

În cazul în care se constata nerespectarea termenului de 5 zile pentru remedierea situatiilor prevazute la art. 110 lit. e), h), i) și j), suma cuvenita pentru luna în care s-au inregistrat aceste situatii se diminueaza dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare, cu 2%;
- b) la a doua constatare, cu 15%;
- c) la a treia constatare, cu 20%.

Retinerea sumei conform celor de mai sus se aplica pentru luna în care a avut loc constatarea din prima plata ce urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt în relatie contractuala cu casele de asigurări de sănătate. Sumele obtinute din aceste incasari se vor folosi la intregirea fondului alocat furnizarii de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale în ambulatoriu, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

CAPITOLUL V

Dispozitii finale

ART. 121

(1) Lista serviciilor medicale și lista dispozitivelor medicale de care beneficiaza asiguratii în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cuprinse în pachetul de servicii medicale de baza, pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale de care beneficiaza persoanele care se asigura facultativ pentru sănătate, sunt prevazute în norme.

(2) Serviciile medicale de consultatii și diagnostic ce pot fi furnizate la distanta și modalitatile de acordare sunt prevazute în norme.

ART. 122

Centrele de sănătate cu personalitate juridica infiintate de Ministerul Sănătății Publice, care au în structura paturi de spital și ambulatoriu, incheie contract direct cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea medicala desfasurata în calitate de furnizor de servicii medicale. Aceste centre de sănătate sunt asimilate cu spitalele comunale. Pentru serviciile medicale acordate se aplica aceleasi prevederi prevazute în prezentul contract-cadru și în norme, referitoare la serviciile medicale spitalicesti și serviciile medicale ambulatorii.

ART. 123

Pentru centrele de sănătate cu paturi, fara personalitate juridica, infiintate de Ministerul Sănătății Publice, care se afla în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la incheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicala desfasurata în centrul de sănătate, considerat sectie a spitalului respectiv.

ART. 124

Pentru centrele de sănătate fara paturi și fara personalitate juridica, infiintate de Ministerul Sănătății Publice, care se afla în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la incheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicala desfasurata în centrul de sănătate.

ART. 125

Casele de asigurări de sănătate incheie contracte cu centrele de sănătate multifunctionale distinct pentru fiecare tip de asistenta medicala, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor, pentru tipurile de asistenta medicala respective.

ART. 126

Contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu și fara contributie personala în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale în ambulatoriu se incheie anual. Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și a dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate și facturate pana la data prevazuta în documentele justificative depuse în vederea decontarii, urmand ca diferenta reprezentand servicii medicale realizate sa se deconteze în luna ianuarie a anului urmator.

ART. 127

Contractele incheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale pentru anul 2008 se prelungesc prin acte aditionale pana la incheierea noilor contracte. Suma inscrisa în actul aditional va fi consemnata distinct ca suma inclusa în valoarea totala în contractul pe anul 2009. Condițiile acordării asistentei medicale în baza actului aditional sunt cele prevazute în actele normative în vigoare pe perioada derularii actelor aditionale.

ART. 128

(1) Sunt incluse în lista DCI-urilor din lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala numai medicamentele cu studii de bioechivalenta, cu exceptia situatiilor în care DCI-ul respectiv nu este inclus pe lista DCI-urilor care necesita studii de bioechivalenta conform normelor în vigoare și a situatiilor în care pentru un anumit DCI nu exista medicamente care detin astfel de studii.

(2) Criteriile prevazute la alin. (1) se aplica și în cazul medicamentelor prescrise pentru tratamentul afectiunilor persoanelor prevazute la art. 213 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, precum și pentru femeile gravide și lauze.

ART. 129

Furnizorii de servicii medicale au obligatia de a respecta ghidurile și protocoalele de practica medicala elaborate conform dispozitiilor legale în vigoare.

ART. 130

(1) Este interzisa eliberarea în cadrul cabinetelor medicale, indiferent de forma lor de organizare, aflate în relatie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, a medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor prevazute în Hotararea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu exceptia situatiilor expres prevazute de legislatia în vigoare.

(2) În cazul nerespectării prevederilor alin. (1) de către cabinetele medicale individuale, contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza cu data la care casa de asigurări de sănătate constata aceasta situatie.

(3) Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, în cazul nerespectării prevederilor alin. (1), contractul de furnizare de servicii medicale se modifica prin excluderea din contract a medicilor la care se inregistreaza aceasta situatie, incepand cu data la care situatia este constatata de către casa de asigurări de sănătate.

ART. 131

Furnizorii de servicii medicale sunt obligati sa transmita, la solicitarea Ministerului Sănătății Publice, prin autoritatile de sănătate publica, datele de identificare ale persoanelor inregistrate la acestea, pentru bolile cu declarare nominala obligatorie, conform reglementarilor legale în vigoare.

ART. 132

Casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

- a) sa raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfasurata de furnizorii de servicii medicale, pe baza contractelor incheiate cu acestia, precum și evidenta asiguratilor și a documentelor justificative utilizate și sa respecte termenele de raportare;
- b) sa respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; sa raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pana la data de 15 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru, datele solicitate în vederea calcularii valorilor definitive ale punctelor;
- c) sa monitorizeze pe baza codului numeric personal (CNP) al fiecarui asigurat numarul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se afla în relatie contractuala;
- d) sa monitorizeze lunar consumul de medicamente cu și fara contributie personala, pe medic și pe asigurat, pe baza raportarilor validate de aceasta;
- e) sa tina evidenta deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale pe fiecare asigurat, precum și evidenta dispozitivelor medicale decontate pe fiecare asigurat;
- f) sa controleze actele de evidenta financiar-contabila ale serviciilor medicale furnizate conform contractelor incheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;
- g) sa verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigatiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu reglementarile în vigoare;
- h) sa verifice activitatea furnizorilor de dispozitive medicale conform contractelor incheiate cu acestia;
- i) sa efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguratilor conform contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale;
- j) sa controleze furnizorii de medicamente privind modul de desfasurare a activitatii ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- k) sa utilizeze Sistemul informatic unic integrat.

ART. 133

Casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulator, precum și de dispozitive medicale în ambulatoriu au obligația de a respecta prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 134

Lista de servicii medicale acordate la nivel regional, precum și modalitatea de încheiere a contractelor de furnizare de servicii medicale cu mai multe case de asigurări de sănătate dintr-o anumită regiune se stabilesc prin norme.

ART. 135

Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită în termenul de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor sau după data semnării contractului/convenției și care împiedică executarea acestuia/acesteia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. În înțelesul prezentului contract-cadru, prin forță majoră se înțelege: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo. Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră, și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore.