



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 176 (XX) — Nr. 885

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Luni, 29 decembrie 2008

SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI	
1.714. — Hotărâre pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009	1–32

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 217 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre, denumit în continuare *contract-cadru*.

Art. 2. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, 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 România, a Colegiului Medicilor Dentiști din România, a Colegiului Farmaciștilor din România și a Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România, a Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical, aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate avizează normele proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale, elaborate în termen de 30 zile de la data intrării în vigoare a normelor prevăzute la alin. (1) de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății publice și al miniștrilor și conducătorilor instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii.

Art. 3. — Serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă în baza contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești 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 elaborează criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, care se referă la diagnostic și tratament medico-chirurgical și stomatologic. Aceste criterii se aprobă prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și au caracter obligatoriu pentru toți furnizorii care au încheiat 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 raporturi juridice civile, care vizează acțiuni multianuale și se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale. Angajamentele legale din care rezultă obligații nu pot depăși creditele de angajament și creditele bugetare aprobate.

(2) Creditele bugetare aferente acțiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanțate și plătite în cursul exercițiului bugetar. Plățile respective sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exercițiul bugetar curent sau în exercițiile 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 înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se înregistrează atât la plăți, cât 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 depăși media lunară a primelor 11 luni ale anului precedent decât cu maximum 5%.

Art. 6. — (1) Prevederile prezentei hotărâri intră în vigoare la data de 1 aprilie 2009.

(2) Până la data prevăzută la alin. (1) se prelungește aplicarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 324/2008 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008, publicată în Monitorul Oficial al României, 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 adiționale la contractele încheiate în anul 2008 de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii acestora se va face din sumele prevăzute pe domeniile de asistență medicală corespunzătoare prevăzute în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2009.

PRIM-MINISTRU
CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:
Ministrul sănătății publice,
Gheorghe Eugen Nicolăescu
Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Vasile Ciurchea
Ministrul economiei și finanțelor,
Varujan Vosganian

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 Apărării, Ordinii Publice, Siguranței 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 părți 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 funcționale 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 părțile contractante, în limita prevederilor legale în vigoare.

Art. 3. — (1) Casele de asigurări de sănătate comunică 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 intră în relații contractuale cu aceeași casă 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 Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor 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 medicina muncii — boli profesionale, cu personalitate juridică, și a secțiilor de boli profesionale, precum și a cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalelor, au obligația să întocmească evidențe distincte pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice 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 reconstituie 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 evidențe 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 evidențe, 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 reconstituie 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 funcționale în ambulatoriu au obligația să întocmească evidențe distincte ale pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și au obligația să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate, precum și documentele care au deschis dreptul la servicii medicale.

(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

evidențe distincte ale pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului 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. — Atribuțiile ce revin potrivit prezentului contract-cadru autorităților de sănătate publică județene și a municipiului București sunt exercitate și de către direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie.

Art. 11. — (1) Toate documentele care stau la baza încheierii contractelor sunt certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura 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 semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor, care răspund de exactitatea și realitatea datelor raportate.

CAPITOLUL II

Dispoziții generale și condiții specifice pentru furnizorii de servicii medicale

SECȚIUNEA 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.

SECȚIUNEA 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 înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, pentru furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de forma lor de înființare și organizare, respectiv actul de înființare sau organizare, după caz;
- b) autorizația sanitară de funcționare sau, după caz, raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică, prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;
- d) codul unic de înregistrare sau codul numeric personal (copie de pe buletinul/cartea de identitate), după caz;
- e) dovada de evaluare a furnizorului;

f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

g) dovada plății contribuției 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 președintelui-director general, cu consultarea prealabilă a furnizorilor ce reprezintă același segment de asistență medicală și care solicită încheierea de contracte cu casa de asigurări de sănătate.

SECȚIUNEA a 3-a

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

Art. 14. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:

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

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

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura va fi însoțită de desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență 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. Desfășurătoarele 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) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să întocmească, prin medicii pe care îi reprezintă, bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, atunci când este cazul, și să consemneze în acest bilet sau să 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 că a anexat rezultatele investigațiilor paraclinice și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze; să 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) să completeze corect și la zi formularele privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate, conform prevederilor legale în vigoare;

h) să respecte dreptul la libera 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) să respecte programul de lucru, pe care să îl afișeze la loc vizibil și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publică;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau a mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

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

l) să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul, cu respectarea următoarelor condiții:

(i) la inițierea tratamentului se prescriu medicamente generice, cu excepția cazurilor de intoleranță la acestea, justificate medical, când se pot prescrie medicamente originale corespunzătoare aceleiași denumiri comune internaționale;

(ii) în cazul bolnavilor cronici, cu schemă de tratament stabilă care cuprinde medicamente originale, de comun acord cu aceștia, medicul curant face evaluarea bolnavului și, în funcție de rezultatele evaluării medicale, poate înlocui medicamentele originale din schema de tratament cu medicamentele generice corespunzătoare aceleiași denumiri comune internaționale;

m) să recomande investigații paraclinice în concordanță cu diagnosticul și să utilizeze biletele de trimitere pentru investigațiile paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care sunt formulare cu regim special, unice pe țară;

n) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită;

o) să acorde servicii medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

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

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

r) să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în norme;

s) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme;

t) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate conform dispozițiilor legale;

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

v) să acorde asistență medicală necesară 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 socială salariaților, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunității, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

y) să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ.

Art. 15. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale contractate, realizate și raportate, în limita valorii de contract încheiat cu casele de asigurări de sănătate, și validate conform normelor, la termenele prevăzute în contract;

b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, partea de contribuție personală a asiguratului pentru unele servicii medicale, precum și coplata stabilită conform prevederilor legale în vigoare;

d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în limita prevederilor legale în vigoare.

Art. 16. — În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web, lista acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

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

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

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

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

g) să încaseze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală și a unor materiale sanitare, precum și a dispozitivelor medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pe baza biletelor de trimitere și/sau a prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 17. — (1) Serviciile care nu sunt decontate din Fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz, sunt următoarele:

a) serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistența medicală la locul de muncă, asistența medicală a sportivilor;

b) unele servicii medicale de înaltă performanță, altele decât cele prevăzute în norme;

c) unele servicii de asistență stomatologică, altele decât cele prevăzute în norme;

d) serviciile hoteliere cu grad înalt de confort;

e) corecțiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani;

f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport, altele decât cele prevăzute în norme;

g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților;

h) fertilizarea *in 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 prevăzute 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 dentiști 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 sanitară din care face parte respectiva unitate de primire urgențe sau respectivul compartiment de primire urgențe, precum și cheltuielile aferente altor bunuri și servicii pentru întreținerea și funcționarea acestor structuri.

(2) Contribuția personală prevăzută la alin. (1) lit. l) se stabilește prin norme.

SECȚIUNEA a 4-a

Condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractelor de furnizare de servicii medicale

Art. 18. — Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea 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 însoțite de desfășurătoarele privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-

contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;

g) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute 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 că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate;

h) la a patra constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 14 lit. e), f), h), k), o), p), q), u);

i) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 14 lit. b), g) și s);

j) la prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 14 lit. i).

Art. 19. — Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

d) acordul de voință al părților;

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

Art. 20. — Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

SECȚIUNEA a 5-a

Condiții speciale

Art. 21. — (1) Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistență medicală gratuită suportată din Fond, în condițiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, care cuprinde atât contravaloarea serviciilor medicale acordate oricărui asigurat, cât și suma aferentă contribuției personale prevăzute la unele servicii medicale ca obligație de plată pentru asigurat, în

condițiile prevăzute în norme, respectiv coplata conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Pentru asigurații prevăzuți la art. 218 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, din Fond se suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca oricărui alt asigurat, iar suma aferentă contribuției personale prevăzute la unele servicii medicale, respectiv coplata conform prevederilor legale în vigoare se suportă din bugetele ministerelor și instituțiilor respective.

SECȚIUNEA a 6-a

Asistența medicală primară — condiții specifice

1. Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară

Art. 22. — (1) Asistența medicală primară se asigură de către medicii de familie prin cabinete medicale organizate conform prevederilor legale în vigoare, inclusiv cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, ca furnizori de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

(2) La contractare, furnizorul prezintă lista cuprinzând asigurații și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând asigurații și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale. Listele vor fi raportate pe suport hârtie și în format electronic în cazul contractelor încheiate de furnizori pentru medicii nou-veniți și numai în format electronic pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent. Furnizorii care prezintă la contractare lista/listele numai în format electronic vor depune și o declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei/listelor la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior. Prin corectitudinea listei nu se înțelege validarea calității de asigurat de către medicul de familie.

(3) Necesarul de medici de familie cu liste proprii de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale de pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară între furnizori și casele de asigurări de sănătate, se stabilesc pe localități, de către o comisie paritară, formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai autorităților de sănătate publică, împreună cu reprezentanții colegiilor teritoriale ale medicilor, cu excepția cabinetelor medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie.

(4) În localitățile urbane numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 1.000.

(5) Medicilor de familie al căror număr de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscrise pe listele proprii, scade, timp de 6 luni

consecutive, sub numărul minim pentru care se poate încheia contractul de furnizare de servicii medicale, în situația cabinetelor medicale individuale, li se poate rezilia contractul, în condițiile legii, iar pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, medicii de familie respectivi pot fi excluși din contract prin modificarea acestuia, ca urmare a analizării fiecărei situații de scădere a numărului minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale de către comisia constituită conform alin. (3). Asigurații de pe listele acestora pot opta pentru alți medici de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

(6) Numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale de pe listele medicilor de familie care își desfășoară activitatea în cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie se stabilește prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale.

Art. 23. — (1) Medicul de familie, prin reprezentantul său legal, indiferent de forma de organizare a furnizorului, încheie contract cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, după caz.

(2) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților înscrși, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

(3) Pentru realizarea serviciilor adiționale care necesită dotări speciale, medicii de familie pot încheia contracte cu furnizori de servicii medicale organizați conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile prevăzute în norme.

Art. 24. — Furnizorii acordă asistență medicală potrivit pachetului de servicii medicale de bază, asigură asistență medicală pentru situații de urgență oricărei persoane care are nevoie de aceste servicii, în limita competenței, asigură asistență medicală persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și a plății contribuției la Fond, conform pachetului minimal de servicii medicale, precum și categoriilor de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, potrivit legii.

Art. 25. — (1) Asigurații în vârstă de peste 18 ani au dreptul de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în ceea ce privește morbiditatea și mortalitatea.

(2) Pentru asigurații care nu sunt în evidența medicului de familie cu o boală cronică, controlul medical se poate efectua la solicitarea expresă a asiguratului sau atunci când acesta se prezintă la medicul de familie pentru o afecțiune acută. Controlul medical se poate efectua și la solicitarea medicului de familie. Ca urmare a controlului medical medicul de familie va încadra asiguratul într-o grupă de risc și va consemna acest lucru în fișa medicală.

Art. 26. — Cabinetele medicale vor funcționa cu minimum un asistent medical, indiferent de numărul de asigurați înscrși pe listă.

2. Programul de lucru al furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară

Art. 27. — Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară acordă servicii medicale în cadrul programului de lucru stabilit de către aceștia, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

Art. 28. — (1) Programul de activitate săptămânal al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale care își desfășoară activitatea în alte forme de organizare ale cabinetelor medicale, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure în medie pe zi minimum 5 ore la cabinetul medical și două ore la domiciliul asiguraților, 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 substația 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, perioadă 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 încheiat între 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 medicină de familie existent, în condițiile legii, preia drepturile și obligațiile contractuale în aceleași condiții ca și deținătorul anterior de praxis, la data preluării acestuia.

4. Obligațiile furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară 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 asistența medicală primară au următoarele obligații:

a) să asigure în cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de bază toate activitățile necesare, în limita domeniului de competență al asistenței 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 — această 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 asistență medicală comunitară;

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

f) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă;

g) să solicite asiguraților, la înscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, conform prevederilor legale în vigoare;

h) să prescrie medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților și, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical

propriu. Medicul de familie va refuza transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare, pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală, folosind exclusiv formularul tipizat aprobat prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și situațiile în care medicul de familie a prescris medicamente cu și fără contribuție personală la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală; medicul de familie refuză transcrierea oricăror acte medicale, cum ar fi concedii medicale, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de trimitere pentru consultații de specialitate sau internare;

i) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

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

Art. 33. — În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 16, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să valideze sub semnătură, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate depusă în format electronic de medicii de familie, respectiv lista persoanelor asigurate depusă pe suport hârtie și în format electronic de medicii de familie noul-veniți, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să comunice în scris și sub semnătură lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă;

b) să facă publice valorile definitive ale punctelor, rezultate 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 acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, dar nu mai târziu de data de 26 a lunii următoare încheierii trimestrului;

c) să țină evidența distinctă a asiguraților de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență. Pentru asigurații care se află în evidența Casei Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și a Casei Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor și care sunt înscrși pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, confirmarea calității de asigurat se

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

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

5. Decontarea serviciilor medicale din asistența medicală primară

Art. 34. — Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară sunt:

a) tarif pe persoană asigurată — *per capita*;

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

Art. 35. — Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:

a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul asiguraților înscrși pe lista proprie — conform structurii pe grupe de vârstă, ajustat în condițiile prevăzute prin norme, numărul de puncte aferent fiecărei grupe de vârstă —, ajustat în funcție de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea și cu valoarea unui punct, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare asigurat corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale profilactice, curative, de urgență și a unor activități de suport. Serviciile medicale care se asigură prin plata *per capita* și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de asigurați înscrși pe lista proprie se ajustează gradual, cu excepția zonelor defavorizate, în condițiile prevăzute în norme. Valoarea definitivă a punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru; această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat. Valoarea minimă garantată pentru un punct *per capita* în anul 2009 nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct *per capita* în anul 2008, cu condiția ca fondul aprobat asistenței medicale primare în anul 2009 să fie cel puțin egal cu cel aprobat în anul 2008;

b) plata prin tarif pe serviciu medical, stabilit în funcție de numărul de servicii medicale și de valoarea unui punct. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct și nivelul valorii minime garantate pentru un punct se stabilesc prin norme. Valoarea definitivă a unui punct este unică pe țară și se calculează de

Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărei trimestre. Această valoare 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. Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu în anul 2009 nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pe serviciu în anul 2008, cu condiția ca fondul aprobat asistenței medicale primare în anul 2009 să fie cel puțin egal cu cel aprobat în anul 2008.

Art. 36. — Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea minimă garantată pentru un punct *per capita*, respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu, iar regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului. Furnizorii vor depune lunar, în primele 7 zile lucrătoare ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face plata, documentele necesare decontării serviciilor, potrivit normelor.

Art. 37. — Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor, la regularizare avându-se în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

6. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractelor

Art. 38. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru prevăzut în contract, precum și prescrieri nejustificate din punct de vedere medical de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 32 lit. h), se va diminua valoarea minimă garantată a punctului *per capita* pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, după cum urmează:

- 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 constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 14 lit. b), g), s) și art. 32 lit. a) și g), precum și nerespectarea termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea situațiilor prevăzute 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 minimă garantată a punctului *per capita* pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, după cum urmează:

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

(3) Reținerea sumei conform prevederilor alin. (1) și (2) 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 alin. (1) și (2) la nivelul caselor

de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumei alocate asistenței medicale primare.

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

Art. 39. — Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază deplin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării situațiilor prevăzute la art. 18, precum și în următoarele situații:

a) în cazul în care numărul asiguraților și al persoanelor beneficiare ale pachetului minimal înscrise la un medic de familie scade timp de 6 luni consecutiv sub numărul minim stabilit conform art. 22 alin. (3) și (4);

b) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 38 alin. (1) și (2) pentru fiecare situație;

c) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 32 lit. f) și i).

Art. 40. — Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 19, precum și în următoarele situații:

a) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

Art. 41. — Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute 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 România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în această situație.

SECȚIUNEA a 7-a

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, asistența medicală stomatologică și asistența medicală ambulatorie de recuperare-reabilitare a sănătății — condiții specifice

1. Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate

Art. 42. — Asistența medicală ambulatorie de specialitate se asigură de medici de specialitate, medici dentiști și dentiști, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal și cu personalul sanitar din serviciile conexe actului medical, și se acordă prin:

a) cabinete medicale, inclusiv cabinete medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) unități sanitare ambulatorii de specialitate, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie;

c) ambulatorii de specialitate și ambulatorii integrate din structura spitalelor autorizate și evaluate, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor;

d) societăți de turism balnear și de recuperare, constituite conform Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale,

republicată, cu modificările și completările ulterioare, care îndeplinesc condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 143/2003, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

e) laboratoare medicale de radiologie și imagistică medicală, de analize medicale, explorări funcționale, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

f) centre de diagnostic și tratament și centre medicale — unități medicale cu personalitate juridică, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

Art. 43. — (1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru specialitățile clinice, în baza specialităților confirmate prin ordin al ministrului sănătății publice. În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății publice, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități. Cabinetele de planificare familială, altele decât cele din structura spitalelor, cabinetele medicale în care își desfășoară activitatea medicii care au obținut competență/atestat de studii complementare de acupunctură, fitoterapie, homeopatie, care sunt certificați de Ministerul Sănătății Publice și lucrează exclusiv în aceste activități, încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza competențelor/atestatelor de studii complementare de mai sus. Cabinetele medicale de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de planificare familială. Furnizorii de servicii de medicină dentară încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de medicină dentară, în condițiile stabilite prin norme.

(2) Numărul necesar de medici de specialitate și numărul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică și pentru medicina dentară, pe județe, pentru care se încheie contractul se stabilesc de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai autorităților de sănătate publică județene, respectiv ai direcțiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie și ai reprezentanților colegiilor teritoriale ale medicilor și ai colegiilor teritoriale ale medicilor dentiști. Prin *normă* se înțelege un program de lucru de 7 ore pe zi și, respectiv, de 35 de ore pe săptămână.

(3) Numărul de puncte estimat pentru serviciile medicale ce pot fi efectuate de medici pentru specialitățile clinice, stabilit în condițiile alin. (2), se are în vedere la calculul valorii minime garantate pentru un punct în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice.

(4) Serviciile publice conexe actului medical, furnizate în cabinetele de liberă practică organizate conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, se contractează de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

(5) Furnizorii de servicii medicale pentru specialitățile paraclinice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate

în baza specialității obținute și confirmate prin ordin al ministrului sănătății publice.

(6) Furnizorii de servicii de medicină dentară pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice de radiologie — radiografii retroalveolare și panoramice, din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară, în condițiile stabilite prin norme.

Art. 44. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuți la art. 42 și casa de asigurări de sănătate se încheie în baza documentelor prevăzute la art. 13; în cazul furnizorilor de servicii medicale paraclinice, la contract se atașează și documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecție conform condițiilor stabilite prin norme.

(2) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale clinice și de medicină dentară încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul furnizorul de servicii medicale sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor. Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul, filiale sau puncte de lucru furnizorul de servicii medicale sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor. Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul, filiale sau puncte de lucru furnizorul de servicii medicale paraclinice și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor. 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 asiguratul. 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 asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței 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 Apărării, Ordinii Publice, Siguranței 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 casă 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 Apărării, Ordinii Publice, Siguranței 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 specialitățile clinice, de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 47 alin. (2).

Art. 45. — În cadrul asistenței medicale ambulatorii de specialitate se acordă servicii medicale de specialitate, în condițiile prevăzute în norme.

Art. 46. — Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, poate angaja medici, medici dentiști, dentiști, personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, în condițiile prevăzute de aceeași ordonanță, achitând lunar toate obligațiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. În situația în care volumul de activitate al cabinetului medical conduce la un program de lucru săptămânal de minimum 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, încadrarea personalului mediu sanitar este obligatorie.

2. Programul de lucru al furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate

Art. 47. — (1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate.

(2) În situația în care necesarul de servicii medicale de o anumită specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic. În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru asigurați.

(3) Cabinetele de medicină dentară și laboratoarele medicale își vor stabili programul de activitate în funcție de volumul serviciilor de medicină dentară și al serviciilor medicale

paraclinice contractate. Medicii de specialitate din specialitățile paraclinice își pot desfășura activitatea la unul sau mai mulți furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate, cu îndeplinirea cumulativă a următoarelor condiții:

a) furnizorii la care își desfășoară activitatea să se afle în raza administrativ-teritorială a aceleiași case de asigurări de sănătate sau în raze administrativ-teritoriale ale caselor de asigurări de sănătate învecinate;

b) programul de lucru al medicului respectiv cuprins în contractele încheiate cu casa/casele de asigurări de sănătate nu trebuie să depășească 52,5 ore/săptămână.

(4) Serviciile medicale din specialitățile clinice și de medicină dentară se acordă conform programărilor, excepție făcând situațiile de urgență medico-chirurgicală.

(5) Medicul de specialitate care are contract individual de muncă cu normă întreagă sau, după caz, integrare clinică într-o secție a unui spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate într-un cabinet medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care, pentru specialitățile clinice, să nu depășească maximum 17,5 ore pe săptămână. În situația în care medicul de specialitate din spital are contract individual de muncă cu timp parțial, acesta poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care, pentru specialitățile clinice, poate fi de până la 35 de ore pe săptămână.

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 lângă obligațiile generale prevăzute la art. 14, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate sunt obligați:

a) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, a scrisorii medicale și a biletului de ieșire din spital, după caz, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, a serviciilor de medicină dentară și planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin norme. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul 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 asistența ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și a investigațiilor medicale paraclinice;

b) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală va fi un document tipizat, va conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de

asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și va putea fi folosită numai de către medicii unităților medicale aflate în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate;

c) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul, în cazul furnizorului de servicii medicale paraclinice; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

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

e) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele materiale sanitare, în tratamentul ambulatoriu, și să facă recomandări pentru investigații medicale paraclinice, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

f) să utilizeze reactivi care au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi la nivelul furnizorilor de investigații medicale paraclinice — analize medicale de laborator;

g) să calibreze și să spele aparatele din laboratoarele de investigații medicale paraclinice — analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice din cărțile tehnice ale acestora;

h) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în norme — pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice.

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

a) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței 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;

b) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare; în situația în care biletele de trimitere nu sunt completate cu datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, furnizorii de servicii medicale paraclinice au dreptul să refuze efectuarea investigațiilor 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 Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor 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 servicii medical, exprimat în puncte sau lei.

Art. 52. — (1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală 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 aprobă prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Valoarea definitivă a punctului este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, și nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct stabilită în norme;

b) plata prin tarif pe serviciu medical, exprimat în lei, pentru serviciile medicale acordate în specialitățile paraclinice și de medicină 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 dentiști 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 bază 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 înscriși 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 înscriși în lista unui medic de familie;

d) medicii care acordă asistență 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 asistență medicală din serviciile publice specializate sau organisme private autorizate pentru copiii încredințați ori dați în plasament, dacă nu sunt înscriși pe lista unui medic de familie;

f) medicii care acordă asistență medicală din alte instituții de ocrotire socială, dacă persoanele instituționalizate nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

g) medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești pentru elevi, respectiv studenți;

h) 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;

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 află cabinetul/unitatea în care aceștia își desfășoară activitatea.

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

(5) Recomandările 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 asistența medicală ambulatorie de specialitate

Art. 55. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru stabilit, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară, paraclinice sau de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

- 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 împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată prescrieri nejustificate, din punct de vedere medical, de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate din punct de vedere medical, precum și completarea scrisorii medicale într-o altă formă decât cea prevăzută prin ordin comun al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii la care se înregistrează această situație sau, după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară sau de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații, conform prevederilor lit. a), b) și c), pentru fiecare dintre aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 14 lit. b), g), s) și art. 48 alin. (1) lit. d) și nerespectarea termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 14 lit. e), f), h), k), o), p), q) și u), se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară, paraclinice sau de recuperare-reabilitare aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

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

(3) Reținerea sumelor conform prevederilor alin. (1) și (2) 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 din aceste diminuări, în condițiile alin. (1) și (2), la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

(4) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) și (2), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

Art. 56. — Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază deplin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării situațiilor prevăzute la art. 18, precum și:

a) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 44 alin. (5) și art. 48 alin. (1) lit. a), b), c), f), g) și h);

b) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 55 alin. (1) și (2), pentru fiecare situație, precum și pentru obligația prevăzută 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 înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 55 alin. (1) de câte 3 ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 55 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul.

Art. 57. — Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 19, precum și în următoarele situații:

- a) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- b) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau, după caz, al Colegiului Medicilor Dentiști din România.

Art. 58. — Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute 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 România/Colegiului Medicilor Dentiști din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile 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 află 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.

SECȚIUNEA 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 asistenței medicale ambulatorii, pacientul este nedepasabil, necesită izolare sau internare obligatorie pentru bolnavii psihic prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmării 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 spitalicești cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor. Spitalele din rețeaua apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești numai cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței 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 spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:

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

(2) În unitățile 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 necesită internare continuă, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești, prin tarif pe serviciu medical stabilit prin norme și în condițiile prevăzute în norme.

Art. 63. — (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza recomandării de internare din partea medicului de familie, a medicului de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, a medicilor din unitățile de asistență medico-socială, a medicilor din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și a medicilor 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 casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică. Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

(2) Fac excepție de la prevederile alin. (1) urgențele medico-chirurgicale și bolile cu potențial endemo-epidemic, care necesită izolare și tratament, și internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau al urmării penale.

Art. 64. — (1) Modalitățile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

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

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat — sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

b) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/secțiile care nu se încadrează în prevederile lit. a), finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

c) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, finanțată din fondul alocat pentru programele naționale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

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 insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

e) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat,

nutriție și boli metabolice, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice;

f) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, în condițiile stabilite prin norme, finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești;

g) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical/tarif pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi în camera de gardă a spitalului;

(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camera de gardă din cadrul spitalelor, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în camera de gardă din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă și sunt decontate prin tarif/caz rezolvat. Numărul de cazuri și tariful aferent acestora se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în norme.

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

Art. 65. — (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 14, unitățile sanitare cu paturi sunt obligate:

a) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală transmisă direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului;

b) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz;

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

d) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare.

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

(3) Pentru organizarea activității privind spitalizarea de zi, spitalele au obligația să solicite acordul autorităților de sănătate publică acolo unde acest tip de activitate nu este nominalizat în structura organizatorică a spitalului, aprobată prin ordin al ministrului sănătății publice.

Art. 66. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi au dreptul să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate și validate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, în limita valorii de contract și a actelor adiționale încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 67. — În relațiile contractuale cu unitățile sanitare cu paturi, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 16, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1—15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare;

b) să țină evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

3. Decontarea serviciilor medicale spitalicești

Art. 68. — (1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale spitalicești contractate cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc prin norme și pot fi, după caz:

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

b) tarif pe zi de spitalizare pe bază de indicatori specifici, stabiliți prin norme, pentru spitalele/secțiile la care nu se aplică 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, prevăzute în actele normative în vigoare.

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

a) sume aferente Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

b) sume 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 insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

c) sume 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, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite prin norme;

d) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești, în condițiile stabilite prin norme.

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

Art. 69. — (1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate, în funcție de

realizarea indicatorilor negociați conform normelor, în următoarele condiții:

a) pentru spitalele în care serviciile medicale furnizate se decontează pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) sau 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/secțiile 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 insuficiență 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 asistența 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 obținute conform art. 69, cu excepția sumelor pentru medicamente și materiale sanitare specifice, acoperite prin Programul național cu scop curativ și pentru servicii de hemodializă și dializă peritoneală, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:

a) investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate,

în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională;

b) consultații interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective;

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

d) transport interspitalicesc pentru asigurații care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice;

e) servicii hoteliere standard (cazare și masă) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav, în condițiile stabilite prin norme.

Art. 71. — (1) Spitalele sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați și avizate de șeful de secție și managerul spitalului, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile prezentului contract-cadru, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

Art. 72. — Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare, dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu, și decontează aceste servicii prin tarif pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi.

Art. 73. — Spitalele pot încasa coplată de la asigurați conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 74. — Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare de medicina muncii — boli profesionale cu personalitate juridică și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională, în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 60 alin. (4) și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 70% din cazurile externate din unitățile sanitare de medicina muncii — boli profesionale cu personalitate juridică și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

4. Sancțiuni și condiții de suspendare și modificare a contractelor de furnizare de servicii medicale spitalicești

Art. 75. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculată 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 calculată 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 reîntregirea sumei alocate asistenței medicale spitalicești. Odată cu prima constatare, casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății Publice, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie despre situațiile respective, în vederea luării măsurilor ce se impun.

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) o secție sau unele secții nu mai îndeplinesc/nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) retragerea, la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar;

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

(3) Prevederile art. 18 nu se aplică unităților sanitare cu paturi.

(4) În cazul reorganizării unităților sanitare cu paturi, prin desființarea lor și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

SECȚIUNEA a 9-a

Servicii medicale de urgență și transport sanitar

1. Condiții de eligibilitate în asistența medicală de urgență și transport sanitar

Art. 76. — (1) Asistența medicală de urgență și transportul sanitar se acordă și se efectuează de unități medicale specializate, autorizate și evaluate.

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

2. Obligațiile furnizorilor de servicii medicale de urgență și transport sanitar și ale caselor de asigurări de sănătate

Art. 77. — În relațiile contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 14, unitățile medicale specializate, autorizate și evaluate, care acordă servicii medicale de urgență și de transport sanitar sunt obligate, după caz:

a) să acorde îngrijiri medicale de urgență, în caz de boală sau de accident, din momentul solicitării sau de la locul accidentului și până la rezolvarea stării de urgență, în limita

competențelor, cu respectarea criteriilor de calitate elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

b) să asigure prezența personalului medico-sanitar conform legii;

c) să informeze unitatea sanitară la care transportă pacientul cu privire la investigațiile și tratamentele efectuate;

d) să elibereze adevăruri medicale de urgență, certificate constatatoare de deces, prescripții medicale, după caz, conform normelor;

e) să asigure servicii medicale de urgență, utilizând mijlocul de transport adecvat și echipamentul corespunzător situației respective;

f) să introducă monitorizarea apelurilor.

Art. 78. — În relațiile contractuale cu unități medicale specializate casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze unităților medicale specializate, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale de urgență și a serviciilor de transport sanitar acordate asiguraților în luna precedentă, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele negociate și contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1—15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

3. Decontarea serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar

Art. 79. — Modalitățile de plată a serviciilor medicale de urgență și transport sanitar sunt:

1. pentru unitățile medicale specializate publice autorizate și evaluate: buget global stabilit pe baza indicatorilor prevăzuți în norme;

2. pentru unitățile specializate autorizate și evaluate:

a) pentru plata consultațiilor de urgență la domiciliu:

a₁) tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediul rural sau milă parcursă pentru serviciile de transport medical;

a₂) tarif pe solicitare;

b) pentru alte tipuri de transport sanitar se utilizează tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediul rural sau milă parcursă, după caz.

Art. 80. — Sumele aferente serviciilor contractate cu unitățile medicale specializate au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fond.

Art. 81. — Modalitățile de decontare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar se stabilesc prin norme.

4. Sancțiuni și condiții de modificare a contractelor de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar

Art. 82. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților medicale specializate prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage diminuarea valorii de contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculată 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 calculată 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 reîntregirea sumei alocate asistenței medicale de urgență și transport sanitar.

(2) Prevederile art. 18 nu se aplică.

SECȚIUNEA a 10-a

Îngrijiri medicale la domiciliu

1. Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 83. — (1) Îngrijirile medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri 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 îngrijiri medicale la domiciliu.

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

2. Obligațiile furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 84. — Furnizorii de servicii de îngrijiri 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 îngrijiri medicale la domiciliu numai pe baza biletelor de recomandare eliberate de medicii din unitățile sanitare — furnizori de servicii medicale, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; medicii de specialitate care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați sau administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri 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 asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia;

d) să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

e) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea îngrijirii medicale la domiciliu, și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin norme;

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 sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

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

Art. 85. — Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri 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 cuvenită 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%.

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 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.

SECȚIUNEA 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 avizată de Ministerul Sănătății Publice secții sanatoriale balneare.

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

Art. 89. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 14, furnizorii de servicii medicale de recuperare au următoarele obligații:

a) să acorde servicii medicale asiguraților numai pe bază de bilet de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

b) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală trimisă 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. — Modalitățile de plată în asistența medicală de recuperare-reabilitare sunt:

a) tarif pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevăzuți în norme pentru serviciile medicale acordate în spitalele de recuperare și în secțiile/compartimentele de

recuperare din spitale; contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenței medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în norme;

b) tarif pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevăzuți în norme pentru serviciile medicale acordate în sanatorii/secții sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, și în preventorii. Contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenței medicale de recuperare-reabilitare. În cadrul sumelor negociate și contractate casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare sumele aferente lunii precedente. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1—15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

În cazul sanatoriilor balneare, sumele negociate și contractate cu casele de asigurări de sănătate sunt diminuate cu partea de contribuție suportată de asigurați, care reprezintă 30—35% din indicatorul specific, în funcție de tipul de asistență medicală balneară și de durata tratamentului, în condițiile stabilite în norme.

Art. 91. — (1) Recomandările 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) Recomandările 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 oricăreia 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 reîntregirea sumei alocate asistenței 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 fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, 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 asigură de farmaciile autorizate de Ministerul Sănătății Publice, evaluate conform reglementărilor legale în vigoare, în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 94. — (1) Lista cuprinzând DCI ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, denumită în continuare *listă*, se elaborează anual de Ministerul Sănătății Publice și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România, și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

(2) După 3 luni de la intrarea în vigoare, lista se poate modifica/completa trimestrial prin hotărâre a Guvernului, în cazul în care nu mai corespunde nevoilor de sănătate ale populației, pe baza analizei Ministerului Sănătății Publice, a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România, care adoptă măsurile ce se impun pentru a asigura funcționarea în continuare a sistemului, având în vedere sumele ce pot fi acordate cu această destinație.

Art. 95. — (1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanții legali ai societăților comerciale farmaceutice pentru farmaciile acestora, autorizate și evaluate, precum și cu cei ai farmaciilor 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, pe baza următoarelor documente:

a) certificatul de înmatriculare la registrul comerțului/actul de înființare, după caz;

b) codul unic de înregistrare;

c) autorizația de funcționare;

d) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;

e) dovada de evaluare a farmaciei;

f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul farmaceutic (farmaciștii și asistenții de farmacie), valabilă pe toată perioada derulării contractului;

g) dovada plății contribuției 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, epidermoliză buloasă și scleroză 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 căror 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 Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

SECȚIUNEA 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 listă, 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 obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

g) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, 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 — factură, borderou-centralizator, prescripții medicale —, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emisie a acestora, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în condițiile stabilite prin norme;

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în condițiile stabilite prin norme, și modul de eliberare a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în condițiile reglementărilor legale în vigoare;

i) să funcționeze cu personal farmaceutic care posedă drept de liberă practică, conform legii;

j) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea 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, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale;

k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului, adoptat prin Decizia Adunării generale naționale a Colegiului Farmaciștilor din România nr. 1/2005, cu modificările ulterioare, în relațiile cu asigurații;

l) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea furnizării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, 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, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții, și să afișeze la loc vizibil programul farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente. Acest program se stabilește în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

m) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu casa de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract sau convenție în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale eliberate în situațiile prevăzute în norme. În cazul medicamentelor antidiabetice orale și de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, al medicamentelor pentru tratamentul stării posttransplant, al medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, al medicamentelor pentru tratamentul persoanelor cu infecție HIV/SIDA, al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice, al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente bolilor rare mucoviscidoză, epidermoliză buloasă și scleroză laterală amiotrofică din cadrul Programului național de hemofilie, talasemie și alte boli rare și al materialelor 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, valorile de contract sunt orientative;

n) să anuleze medicamentele și/sau materialele sanitare care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale, în condițiile stabilite prin norme;

o) să nu elibereze medicamentele și materialele sanitare din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

p) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie și ștampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relație contractuală;

q) să asigure prezența unui farmacist în farmacie și la punctele de lucru pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

r) să depună, în primele 15 zile calendaristice ale lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă; pentru medicamentele antidiabetice orale și de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, medicamentele pentru tratamentul stării posttransplant, medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, medicamentele pentru tratamentul persoanelor cu infecție HIV/SIDA, medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice,

medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente bolilor rare mucoviscidoză, epidermoliză buloasă și scleroză 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 precizate prin norme, decontarea se face la nivelul realizat, cu încadrarea în fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate;

s) să se informeze asupra condițiilor de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, 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;

t) să nu înlocuiască medicamentele prescrise de medic, cu excepția următoarelor situații, în condițiile prevăzute în norme:

— dacă medicamentul recomandat de medic este prea scump și bolnavul nu dispune de resursele financiare necesare pentru a suporta diferența de preț dintre prețul de referință și prețul de vânzare cu amănuntul al medicamentului respectiv;

— dacă farmacia nu are disponibil în stoc, la momentul solicitării, produsul prescris de către medic și bolnavul nu este de acord ca farmacia să îl aducă bolnavului în termen de 24, respectiv 48 de ore, în condițiile legii;

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

v) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau a mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente 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, anterior producerii acestuia sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

x) să acorde medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, și să nu încaseze contribuție personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăți;

y) să transmită caselor de asigurări de sănătate, pe suport magnetic, contravaloarea medicamentelor și materialelor sanitare eliberate pe parcursul unei săptămâni, în prima zi a săptămânii următoare celei pentru care se face raportarea.

Art. 97. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente au următoarele drepturi:

a) să primească de la casa de asigurări de sănătate, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate, conform facturilor emise și documentelor însoțitoare, respectiv la nivelul realizat pentru medicamentele antidiabetice orale și de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, medicamentele pentru tratamentul stării posttransplant, medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, medicamentele pentru tratamentul persoanelor cu infecție HIV/SIDA, medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice, medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente bolilor rare mucoviscidoză, epidermoliză buloasă și scleroză laterală amiotrofică din cadrul Programului național de hemofilie, talasemie și alte boli rare, precum și pentru materiale sanitare specifice care se acordă

pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în condițiile precizate prin norme, pentru care s-a stabilit valoare de contract orientativă, în limita sumelor alocate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație;

b) să se informeze și să fie informați asupra modalității de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, 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;

c) să cunoască condițiile de contractare a furnizării de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, precum și eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

d) să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A și B asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință/prețul de decontare al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate, cu excepția medicamentelor și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ;

e) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei, excepție făcând situațiile prevăzute la art. 98 lit. c);

f) să negocieze în calitate de parte contractantă clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în limita prevederilor legale în vigoare.

Art. 98. — În relațiile contractuale cu furnizorii de medicamente, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte 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 numai cu furnizorii de medicamente autorizați și evaluați conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web, lista acestora pentru informarea asiguraților;

b) Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor sunt obligate să încheie contracte cu cel puțin o farmacie în localitățile în care acestea au contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la medicamente;

c) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora; casele de asigurări de sănătate decontează prescripții

medicale care nu conțin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute și dacă se poate identifica medicul, asiguratul și dacă se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecțiune acută. În această situație casele de asigurări de sănătate vor atenționa medicii care prescriu rețete fără toate datele obligatorii necesare în vederea decontării acestora, iar începând cu cea de-a treia abatere constatată, casele de asigurări de sănătate vor încasa de la medicii care au eliberat prescripția medicală valoarea decontată pentru fiecare prescripție medicală la care s-au constatat astfel de deficiențe. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi conform prevederilor legale în vigoare;

d) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală; se vor deconta la nivelul realizat medicamentele și materialele sanitare pentru bolnavii diabetici, medicamentele pentru tratamentul stării posttransplant, medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, medicamentele pentru tratamentul persoanelor cu infecție HIV/SIDA, medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice, medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente bolilor rare mucoviscidoză, epidermoliză buloasă și scleroză laterală amiotrofică din cadrul Programului național de hemofilie, talasemie și alte boli rare și 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 s-a stabilit valoarea de contract orientativă, în limita sumelor alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate, la termenele prevăzute în norme;

e) să urmărească lunar evoluția consumului 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, comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun;

f) să informeze furnizorii de medicamente cu privire la condițiile de contractare și la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative;

g) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de medicamente procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a controalelor efectuate, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la efectuarea controlului;

h) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relațiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi.

SECȚIUNEA a 3-a

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 prețului de referință pentru DCI-urile cuprinse în sublistele A, B și C, respectiv prețul 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 prețul de referință, al celor din sublista B este de 50% din prețul de referință, iar al celor din secțiunile C1 și C3 din sublista C este de 100% din prețul de referință.

(3) *Prețul de referință* reprezintă prețul 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 lunar, 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 prescriu în luna respectivă și alte medicamente din sublista B;

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

d) pentru sublista C secțiunea C3 — o singură prescripție lunar, 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 lună, atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A, cât și pentru cele cuprinse în sublista B, precum și cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru fiecare cod de boală, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C1, și mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C3; în această situație, 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, epidermoliză buloasă și scleroză 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 schemă 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 bază 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 înscriși 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 dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studentești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedepasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscriși în

lista unui medic de familie. Medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedepasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie. Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, 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 bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate. Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studențești, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, 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, și cu medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul de convenție este cel prevăzut în norme. Prin *medici/medici dentiști din cabinetele școlare și studențești* se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, cabinete integrate în structura spitalelor teritoriale și finanțate de la bugetul de stat.

SECȚIUNEA a 4-a

Sanctiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractelor de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

Art. 102. — Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

b) dacă, din motive imputabile farmaciei evaluate, aceasta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare, de la încetarea termenului de valabilitate a acesteia;

d) în cazul revocării de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei sau al expirării termenului de valabilitate a acesteia;

e) dacă farmacia evaluată înlocuiește medicamentele și/sau materialele sanitare neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare, după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 106 alin. (1); pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/puncte de lucru, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 106 alin. (1) de câte 3 ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/punct de lucru din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății comerciale se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute 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 bază 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) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

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

d) acordul de voință al părților;

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

Art. 105. — (1) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/puncte de lucru, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 102 lit. f), g) și h) — pentru nerespectarea prevederilor art. 96 lit. f), m) și v) — și condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 102 lit. i) — pentru nerespectarea prevederilor art. 96 lit. g) și r) — se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 102 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 103 și 104 referitoare la condițiile de suspendare, respectiv încetare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv punctelor de lucru, după caz.

(2) În situația în care prin farmaciile/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală și/sau materiale sanitare în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societățile comerciale respective pentru toate farmaciile/punctele de lucru cuprinse în aceste contracte.

Art. 106. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat la casa de asigurări de sănătate și prevăzut în contract, suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

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 constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 96 lit. e), j), k), l) și p) și în cazul nerespectării termenului de 5 zile pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 96 lit. a), b), g), n), r), s), t) și y), 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%.

(3) Reținerea sumei conform alin. (1) și (2) 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 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 funcționale în ambulatoriu

SECȚIUNEA 1

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

Art. 108. — Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale 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 său 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 bancă;

c) dovada de evaluare, pentru sediul social și pentru punctele de lucru;

d) certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale, emis/emise de Ministerul Sănătății Publice, și/sau declarația/declarațiile de conformitate CE, emisă/emise de producător, după caz;

e) avizul de funcționare și/sau certificatul de înregistrare al producătorului de dispozitive medicale, după caz, emis de Ministerul Sănătății Publice;

f) dovada de răspundere civilă în domeniul medical, valabilă pe toată perioada derulării contractului, atât pentru personalul medico-sanitar, cât și pentru furnizor;

g) lista prețurilor de vânzare cu amănuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

h) dovada plății contribuției 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 dispozitive medicale care solicită încheierea de contract cu casa de asigurări de sănătate.

SECȚIUNEA 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 obligații:

a) să respecte prevederile legale privind condițiile de introducere pe piață și de punere în funcțiune a dispozitivelor medicale;

b) să asigure servicii pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesită servicii;

c) să livreze dispozitivele medicale și să desfășoare activități de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru pentru care dețin dovada de evaluare;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical;

e) să livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandării medicale să nu sufere modificări, în condițiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă și predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor de închiriere, prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale pentru care nu sunt calculate prețuri de referință/sume de închiriere și care trebuie să fie aceleași cu cele prevăzute la art. 109 alin. (1) lit. g), însoțite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății Publice și/sau de declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz;

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

h) să emită, în vederea decontării, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă de un furnizor autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, fotoliile rulante și aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice sau a verificării după reparare, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu; cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;

i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora;

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

l) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau a mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, anterior producerii acesteia sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor.

Art. 111. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de dispozitive medicale au următoarele drepturi:

a) să primească de la casa de asigurări de sănătate contravaloarea dispozitivelor medicale furnizate, conform facturilor emise și documentelor însoțitoare, inclusiv sumele de închiriere, în termen de 30 de zile de la data depunerii documentelor necesare în vederea decontării;

b) să fie informați ori de câte ori este nevoie și din timp asupra modalității de furnizare a dispozitivelor medicale;

c) să încaseze contribuție personală de la asigurați, în condițiile prevăzute în norme.

Art. 112. — În relațiile contractuale cu furnizorii de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale evaluați, astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor prezentei hotărâri și să se facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, inclusiv pe site-ul casei de asigurări de sănătate, lista în ordine alfabetică a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și punctul de lucru din județul respectiv, pentru informarea asiguratului;

b) să informeze furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

c) să emită decizii privind aprobarea procurării/inchirierii dispozitivului medical, conform bugetului aprobat;

d) să precizeze în decizia de procurare/inchiriere a dispozitivului medical prețul de referință/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical furnizat de aceștia și să specifice pe versoul deciziei, în ordine alfabetică, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se află în relații contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și punctul de lucru din județul respectiv, pentru informarea asiguratului;

e) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale evaluat și să pună la dispoziția asiguraților, odată cu decizia, prin poștă, lista tuturor prețurilor de vânzare cu amănuntul/sumelor de închiriere pentru dispozitivul medical aprobat prin decizie;

f) să asigure decontarea pe baza facturilor de decontare emise de furnizor și a documentelor însoțitoare;

g) să verifice dacă emitentul prescripției medicale se află în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înțelege furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale.

SECȚIUNEA a 3-a

Decontarea dispozitivelor medicale

Art. 113. — Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este prețul de referință ori, după caz, suma de închiriere. Prețul de referință și suma de închiriere sunt prevăzute în norme. Dispozitivele medicale care se acordă

pentru o perioadă determinată, prin închiriere, se stabilesc prin norme. Suma de închiriere este suma pe care o decontează casele de asigurări de sănătate pentru dispozitivele acordate pentru o perioadă determinată.

Art. 114. — (1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factură.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul de vânzare cu amănuntul cel mai mic. În situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât prețul de referință, casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință, respectiv prețul de referință, dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere prevăzută în norme. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere prevăzută în norme, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factură.

(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere prevăzută în norme a acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează pentru închirierea dispozitivului medical suma de închiriere cea mai mică. În situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere 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, alcătuind, 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 întocmite de asigurat, de către unul dintre membrii de familie (părinte, soț/soție, 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 evidențe 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 incontinență urinară recomandarea se poate face și de către medicii de familie aflați 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 aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care prescriu dispozitive medicale și își desfășoară activitatea în cadrul unei unități sanitare autorizate și evaluate, nu pot reprezenta interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat.

SECȚIUNEA a 4-a

Sanțiuni, condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractelor de furnizare de dispozitive medicale

Art. 117. — Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

a) revocarea de către organele în drept a avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale sau expirarea termenului de valabilitate a acestuia;

b) revocarea evaluării sau expirarea termenului de valabilitate a evaluării;

c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deține certificat de înregistrare a dispozitivului medical emis de Ministerul Sănătății Publice și/sau declarația de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 110 lit. a), b), c), d), g), k) și l);

e) la a patra constatare a nerespectării termenului de 5 zile pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 110 lit. e), h), i) și j);

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;

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

Art. 118. — Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

b) încetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;

c) acordul de voință al părților;

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

Art. 119. — Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază 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. 120. — În cazul în care se constată nerespectarea termenului de 5 zile pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 110 lit. e), h), i) și j), 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%.

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 din aceste încasări se vor folosi la întregirea fondului alocat furnizării de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau functionale în ambulatoriu, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

CAPITOLUL V Dispoziții finale

Art. 121. — (1) Lista serviciilor medicale și lista dispozitivelor medicale de care beneficiază asigurații în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale de care beneficiază persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, sunt prevăzute în norme.

(2) Serviciile medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță și modalitățile de acordare sunt prevăzute în norme.

Art. 122. — Centrele de sănătate cu personalitate juridică înființate de Ministerul Sănătății Publice, care au în structură paturi de spital și ambulatoriu, încheie contract direct cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală desfășurată în calitate de furnizor de servicii medicale. Aceste centre de sănătate sunt asimilate cu spitalele comunale. Pentru serviciile medicale acordate se aplică aceleași prevederi prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme, referitoare la serviciile medicale spitalicești și serviciile medicale ambulatorii.

Art. 123. — Pentru centrele de sănătate cu paturi, fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății Publice, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate, considerat secție a spitalului respectiv.

Art. 124. — Pentru centrele de sănătate fără paturi și fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății Publice, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate.

Art. 125. — Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu centrele de sănătate multifuncționale distinct pentru fiecare tip de asistență medicală, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor, pentru tipurile de asistență medicală respective.

Art. 126. — Contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se încheie 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 până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Art. 127. — Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale pentru anul 2008 se prelungesc prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actul adițional va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pe anul 2009. Condițiile acordării asistenței medicale în baza actului adițional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare pe perioada derulării actelor adiționale.

Art. 128. — (1) Sunt incluse în lista DCI-urilor din lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală numai medicamentele cu studii de bioechivalență, cu excepția situațiilor în care DCI-ul respectiv nu este inclus pe lista DCI-urilor care necesită studii de bioechivalență conform normelor în vigoare și a situațiilor în care pentru un anumit DCI nu există medicamente care dețin astfel de studii.

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

Art. 129. — Furnizorii de servicii medicale au obligația de a respecta ghidurile și protocoalele de practică medicală elaborate conform dispozițiilor legale în vigoare.

Art. 130. — (1) Este interzisă eliberarea în cadrul cabinetelor medicale, indiferent de forma lor de organizare, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția situațiilor expres prevăzute de legislația în vigoare.

(2) În cazul nerespectării prevederilor alin. (1) de către cabinetele medicale individuale, contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care casa de asigurări de sănătate constată această situație.

(3) Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, în cazul nerespectării prevederilor alin. (1), contractul de furnizare de servicii medicale se modifică prin excluderea din contract a medicilor la care se înregistrează această situație, începând cu data la care situația este constatată de către casa de asigurări de sănătate.

Art. 131. — Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să transmită, la solicitarea Ministerului Sănătății Publice, prin autoritățile de sănătate publică, datele de identificare ale persoanelor înregistrate la acestea, pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform reglementărilor legale în vigoare.

Art. 132. — Casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

a) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale, pe baza contractelor încheiate cu aceștia, precum și evidența asiguraților și a documentelor justificative utilizate și să respecte termenele de raportare;

b) să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, datele solicitate în vederea calculării valorilor definitive ale punctelor;

c) să monitorizeze pe baza codului numeric personal (CNP) al fiecărui asigurat numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se află în relație contractuală;

d) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta;

e) să țină evidența deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale pe fiecare asigurat, precum și evidența dispozitivelor medicale decontate pe fiecare asigurat;

f) să controleze actele de evidență financiar-contabilă ale serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;

g) să verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigațiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu reglementările în vigoare;

h) să verifice activitatea furnizorilor de dispozitive medicale conform contractelor încheiate cu aceștia;

i) să efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguraților conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;

j) să controleze furnizorii de medicamente privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, internet: www.monitoruloficial.ro

Adresa pentru publicitate: Centrul de vânzări și informare, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.411.58.33 și 021.410.47.30, fax 021.410.77.36 și 021.410.47.23
Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.



5 948368 323353