



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 174 (XVIII) — Nr. 1.034

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Miercuri, 27 decembrie 2006

SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>	<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI			
1.842. — Hotărâre pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007.....	2-42	15/112. — Ordin pentru aprobarea Regulamentului Băncii Naționale a României și al Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare nr. 18/23/2006 privind fondurile proprii ale instituțiilor de credit și ale firmelor de investiții.....	47
1.851. — Hotărâre pentru modificarea anexei nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 725/2003 privind structura organizatorică și efectivele Ministerului Administrației și Internelor.....	42	16/113. — Ordin pentru aprobarea Regulamentului Băncii Naționale a României și al Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare nr. 19/24/2006 privind tehnicile de diminuare a riscului de credit utilizate de instituțiile de credit și firmele de investiții.....	47
1.856. — Hotărâre pentru aplicarea sistemului de certificare pentru Procesul Kimberley privind comerțul internațional cu diamante brute.....	43-46	17/114. — Ordin pentru aprobarea Regulamentului Băncii Naționale a României și al Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare nr. 20/25/2006 privind tratamentul riscului de credit al contrapartidei în cazul instrumentelor financiare derivate, al tranzacțiilor de răscumpărare, al operațiunilor de dare/luare de titluri/mărfuri cu împrumut, al tranzacțiilor cu termen lung de decontare și al tranzacțiilor de creditare în marjă.....	48
ACTE ALE BĂNCII NAȚIONALE A ROMÂNIEI ȘI ALE COMISIEI NAȚIONALE A VALORILOR MOBILIARE			
14/111. — Ordin pentru aprobarea Regulamentului Băncii Naționale a României și al Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare nr. 17/22/2006 privind supravegherea pe bază consolidată a instituțiilor de credit și a firmelor de investiții.....	46-47		

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRĂRE

pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007

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 2007, 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, 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 15 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, Construcțiilor și Turismului, 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 în tratamentul ambulatoriu 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, Construcțiilor și Turismului, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*. Prin *furnizori* se înțelege:

a) furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și medicină dentară, de servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală, asistența medicală spitalicească, asistența medicală de recuperare-reabilitare, de îngrijiri medicale la domiciliu, de servicii medicale de urgență și transport sanitar;

b) furnizorii de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu;

c) furnizorii de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu.

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. — Angajamentele legale din care rezultă obligații nu pot depăși creditele bugetare aprobate pentru anul în curs și se efectuează după cum urmează:

a) angajamentele legale care urmează a fi lichidate, ordonanțate și plătite în cursul anului curent se stabilesc ca diferență între creditele bugetare aprobate prin legile bugetare anuale și soldul obligațiilor angajate și neachitate din anul precedent și care se achită în anul în curs;

b) angajamentele legale din anul în curs, ce urmează a fi lichidate, ordonanțate și plătite în anul următor, nu pot depăși împreună cu angajamentele prevăzute la lit. a) creditele bugetare aprobate;

c) sumele nedecontate pentru servicii 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 aprobate.

Art. 6. — Prevederile prezentei hotărâri intră în vigoare la 1 ianuarie 2007, dată la care se abrogă Hotărârea Guvernului nr. 706/2006 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și pentru aprobarea listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 482 din 2 iunie 2006, cu modificările ulterioare.

PRIM-MINISTRU
CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:

Ministrul sănătății publice,
Gheorghe Eugen Nicolăescu

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Cristian Vlădescu

Ministrul finanțelor publice,
Sebastian Teodor Gheorghe Vlădescu

București, 21 decembrie 2006.
Nr. 1.842.

*) Anexa este reprodusă în facsimil.

C O N T R A C T - C A D R U
privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
pentru anul 2007

CAPITOLUL I
Dispoziții generale

Art. 1. - (1) Furnizorii și casele de asigurări de sănătate, aflați în relație contractuală, au obligația să respecte prevederile contractului-cadru și ale normelor.

(2) Nerespectarea obligațiilor contractuale de către părți conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente 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 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, precum și alte documente, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, medicamente în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale în ambulatoriu, prin afișare la sediul instituției, publicare pe pagina web a acesteia și anunț în mass-media.

(2) În cazul în care furnizorii de servicii medicale și de medicamente 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 alte termene de contractare în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente 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 în tratamentul ambulatoriu 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 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.

(3) Litigiile dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se soluționează de către Comisia de Arbitraj 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 un an de la data încetării contractului. La

reluarea relațiilor contractuale, în cazul în care contractele încetează din nou din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi.

(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 de la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre punctele de lucru.

Art. 6. - (1) Organizarea și efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și 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 Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România.

(2) Controlul calității serviciilor medicale acordate asiguraților de către furnizori se organizează de 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.

Art. 7. - (1) Furnizorii au obligația de a pune la dispoziție 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 a documentelor justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

Art. 8. - (1) Furnizorii de servicii medicale 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 se află 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 și a medicamentelor acordate persoanelor în cauză se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, urmând ca decontarea să se realizeze ulterior din contribuțiile de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz.

(2) Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidențe distincte a 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 această evidență 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.

Art.9 (1) Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidențe distincte ale pacienților cetățeni ai statelor membre ale Uniunii Europene și ai altor 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 comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate.

(2) De la data aderării României la Uniunea Europeană, furnizorii de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulator, precum și de dispozitive medicale în ambulatoriu au obligația să întocmească evidențe distincte ale pacienților cetățeni ai statelor membre ale Uniunii Europene, titulari ai cardului european, 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 prezentei hotărâri, autorităților de sănătate publică județene și a municipiului București sunt exercitate de către direcțiile medicale sau de structurile similare, din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie.

Art. 11. - Toate documentele care stau la baza încheierii contractelor sunt certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului. Documentele care stau la baza decontării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu 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 contractelor

Art. 13. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale între furnizorul de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentanții legali pe baza următoarelor documente:

- a) certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale, 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 BI/CI), 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 pe toată perioada derulării contractului.

(2) Casele de asigurări de sănătate pot solicita și alte documente strict necesare încheierii contractelor, aprobate prin decizie a președintelui-director general, cu acordul prealabil al tuturor furnizorilor ce reprezintă același segment de asistență medicală

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 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, referitor la diagnostic și tratament;
- b) să informeze asigurații despre pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligațiile furnizorului de servicii medicale în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și obligațiile asiguratului referitor 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 cetățenii titulari ai cardului european și pentru cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport de 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 trei 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 și autorităților de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale în vigoare.

f) să întocmească 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;

g) să completeze corect și la zi toate documentele privind evidentele obligatorii din sistemul informațional al Ministerului Sănătății Publice cu datele corespunzătoare activității desfășurate;

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 mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în termen de maxim 10 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; furnizorilor li se recomandă participarea la acțiunile de informare organizate de casele de asigurări de sănătate și de autoritățile de sănătate publică;

l) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiaza asigurații cu sau fara contributie personala care se aproba prin hotărâre a Guvernului conform specializării, în concordanță cu diagnosticul;

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 nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistența medicală femeii gravide;

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 care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în norme.

t) să respecte protocoalele de practica elaborate conform dispozițiilor legale ;

u) să raporteze lunar în format electronic casei de asigurări de sănătate, la nivelul căreia funcționează „sistemul informatic unic integrat”, investigațiile medicale paraclinice recomandate în regim ambulatoriu și denumirile comune internaționale din lista medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu, pe CNP.

v) să acorde de la data aderării României la Uniunea Europeană, asistență medicală necesară titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de

valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România

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;

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 încheiate cu casele de asigurări de sănătate ;

b) să cunoască condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și 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 fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, partea de contribuție personală a asiguratului pentru unele servicii medicale, precum și coplata reprezentând diferența dintre tariful decontat de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și tariful maximal stabilit de Ministerul Sănătății Publice, pentru unele servicii medicale stabilite prin norme;

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 lista acestora pentru informarea asiguraților precum și valoarea de contract;

b) să controleze actele de evidență financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

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

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

e) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”; până la intrarea în funcțiune a „sistemului informatic unic integrat” se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;

f) să monitorizeze numărul serviciilor medicale acordate de către furnizorii cu care se află în relații contractuale;

g) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

h) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

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

j) 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 legislației;

k) 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 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

l) să încaseze de la medicii 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

dispozitivelor medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pe baza biletelor de trimitere și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi la întregirea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

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 alte surse, după caz, sunt următoarele:

- a) servicii medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistență medicală la locul de muncă, asistență medicală a sportivilor;
- b) unele servicii medicale de înaltă performanță;
- c) unele servicii de asistență stomatologică;
- d) servicii hoteliere cu grad înalt de confort;
- e) corecții estetice efectuate persoanelor cu vârsta de peste 18 ani;
- f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport;
- g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților;
- h) fertilizare in vitro;
- i) transplantul de organe și țesuturi, cu excepția grefelor;
- j) asistență medicală la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă;
- k) contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului și auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;
- l) contribuția personală din prețul medicamentelor, a unor servicii medicale și a dispozitivelor medicale;
- m) serviciile medicale solicitate de asigurat;
- n) unele proceduri de recuperare și de fizioterapie;
- o) cheltuieli 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) servicii hoteliere solicitate de pacienții a căror afecțiuni se tratează în spitalizare de zi.
- r) cheltuieli de personal pentru medici, farmaciști și medici dentiști pe perioada rezidențiatului;
- s) servicii de planificare familială acordate de medicii de familie și în cabinetele de planing din structura spitalului;
- t) cheltuieli de personal pentru medicii și personalul sanitar din unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare distrofici, recuperare și reabilitare neuro-psiho motorie sau pentru copiii bolnavi HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;
- u) activități care prezintă un interes deosebit pentru realizarea strategiei de sănătate publică: dispensare TBC, LSM-stationar de zi, cabinete medicale de boli infecțioase din structura spitalelor;

(2) Serviciile altele decât cele prevăzute la alin. (1) lit. b), c), f) și n) și contribuția personală prevăzută la alin. (1) lit. l) se stabilesc prin norme.

(3) Programul național de diabet zaharat se finanțează integral din bugetul Ministerului Sănătății Publice prin transfer-de la bugetul de stat către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și din veniturile proprii pentru componentele „Tratamentul cu insulină al bolnavilor cu diabet zaharat” și „Tratamentul cu antidiabetice orale al bolnavilor cu diabet zaharat”.

(4) Costurile investigațiilor, spitalizării, intervențiilor chirurgicale, medicamentelor, materialelor sanitare, al îngrijirilor postoperatorii, costurile medicamentelor și serviciilor aferente posttransplant, precum și cheltuielile legate de coordonarea de transplant se decontează de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății Publice, pentru pacienții incluși în programul național de transplant.

(5) Tratamentul în cazul accidentelor hemoragice ale bolnavilor cu hemofilie, tratamentul cu chelatori de fier al bolnavilor cu talasemie, tratamentul bolnavilor cu osteoporoză, tratamentul bolnavilor cu gușă datorată carenței de iod și proliferării maligne, tratamentul bolnavilor cu infecție

HIV/SIDA și postexpunere (profesională și verticală), tratamentul bolnavilor cu tuberculoză, precum și prevenția și tratamentul mucoviscidozei se finanțează din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și în completare din bugetul Ministerului Sănătății Publice prin transfer de la bugetul de stat și din venituri proprii către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

SECȚIUNEA a 4-a

Condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractelor

Art. 18 . - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept la data producerii 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;

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

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, de la încetarea termenului de valabilitate a acestora, de la data încetării valabilității dovezii de evaluare a furnizorului;

b) 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 trei luni într-un an;

c) 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 Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

d) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 14 lit. a), c), j), l), m), n), r), t), v), x) precum și la 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;

e) la a doua 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) ;

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

g) la prima constatare după aplicarea de trei ori a măsurilor pentru nerespectarea obligației prevăzută la art. 14 lit. i).

Art. 19. - Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu 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) încetare 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 cu data la care a intervenit una din 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 până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia;

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

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 Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, care cuprinde atât contravaloarea serviciilor medicale acordate oricărui asigurat, cât și suma aferentă contribuției personale, respectiv coplata prevăzute la unele servicii medicale ca obligație de plată pentru asigurat, în condițiile prevăzute în norme.

(2) Pentru asigurații prevăzuți la art. 218 (3) din Legea nr. 95, cu modificările și completările ulterioare, din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate se suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca și oricărui asigurat, iar suma aferentă contribuției personale respectiv coplata, prevăzute la unele servicii medicale se suportă din bugetele ministerelor și instituțiile respective.

SECȚIUNEA a 6-a

Asistența medicală primară - Condiții specifice

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

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, înscrisi la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând asigurații și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscrisi 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 de hârtie și în format electronic în cazul contractelor încheiate pentru medici nou veniți și numai în format electronic, însoțite de o declarație pe propria răspundere privind valabilitatea listei la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, pentru furnizorul care a avut contract cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.

(3) Necesarul de medici de familie 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 stabilește 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 înscrși pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 1.000, în termen de 6 luni de la încheierea contractului.

(5) Medicilor de familie al căror număr de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscrși 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 aduși la cunoștință asiguraților de către casele de asigurări de sănătate

(6) Numărul optim de asigurați înscrși în listele medicilor de familie este de 2000.

7) 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 contractului cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale.

Art. 23. - (1) Medicul de familie, prin reprezentantul său legal, 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 Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, 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.

Art. 24. - Medicii de familie 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, asigură asistență medicală persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și a plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform pachetului minimal de servicii medicale, precum și categoriilor de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, potrivit legii.

Art. 25. - 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. Pentru cadrele didactice controlul medical se poate efectua la începutul anului școlar.

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. Deasemenea 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. - Pentru asigurarea calității serviciilor medicale, cabinetele medicale vor funcționa cu asistenți medicali.

PARAGRAFUL 2

Programul de lucru

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. Pentru asigurarea de servicii medicale 24 de ore din 24, inclusiv sâmbăta, duminica și sărbătorile legale, în afara programului de lucru se acordă servicii medicale de către medicii de familie în centrele

de permanență înființate și organizate conform prevederilor legale în vigoare. În situația în care nu sunt îndeplinite condițiile de organizare a unui centru de permanență, continuitatea acordării asistenței medicale primare se asigură de către medicii de familie care domiciliază în localitățile respective, conform unui program stabilit de medicii respectivi cu autoritățile de sănătate publică și comunicat casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.

Art. 28. - (1) Programul de activitate săptămânal al fiecărui medic de familie, 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 localitățile unde își desfășoară activitatea cel puțin 2 medici de familie, acordarea asistenței medicale se va asigura atât dimineața, cât și după-amiaza.

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

a) medicii de familie asociați din mai multe localități în centre de permanență care acordă asistență medicală conform prevederilor legale în vigoare;

b) medicii de familie care domiciliază în localitatea respectivă, în zonele în care nu există posibilitatea asocierii medicilor în vederea organizării unui centru de permanență, precum localități izolate, greu accesibile, cu un număr mic de locuitori și cu număr redus de medici, conform unui program stabilit de comun acord de medicul respectiv cu autoritatea de sănătate publică județeană și comunicat casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

c) unitati medicale specializate ce asigura serviciile medicale de urgență prespitaliceasca și transport medical.

(3) 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, respectiv al celui mai apropiat serviciu de ambulanță organizat de ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.

(4) Modalitatea de decontare a serviciilor medicale acordate în condițiile prevăzute la alin. (2) se stabilește prin norme.

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.

PARAGRAFUL 3

Medicii de familie nou-veniți în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

Art. 30. - 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 persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrși, 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, stabilită conform normelor.

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 prevăzut la art. 22 alin. (3) și (4) casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care acesta 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 prevăzut la 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 trei luni.

Art. 31 . - (1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate, într-un cabinet medical deja existent în care și-a desfășurat activitatea un medic de familie al cărui contract de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate a încetat ca urmare a decesului sau a retragerii definitive din activitate a acestuia sau ca urmare a vânzării patrimoniului de afecțiune profesională, poate încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în baza listei de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale a medicului care a funcționat anterior în cabinetul respectiv, în condițiile stabilite în norme, astfel:

a) pentru primele 3 luni de activitate contractul se încheie indiferent de numărul de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise, beneficiind de un venit stabilit prin norme;

b) pentru următoarele 3 luni venitul medicului de stabilește în aceleași condiții cu cel al medicilor de familie ce nu fac parte din categoria medicilor nou veniți.

(2) La expirarea celor 6 luni prevăzute la alin. (1) medicii nou veniți vor continua relația contractuală dacă îndeplinesc prevederile art. 22 alin. (3) și (4).

PARAGRAFUL 4

Obligațiile furnizorilor și ale caselor de asigurări de sănătate

Art. 32. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate 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 a 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; 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 înscrise pe lista unui medic de familie o dată 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 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, aparținătorilor legali sau la anunțarea de către casa de asigurări de sănătate cu care au încheiat contract de furnizare de servicii medicale ori de 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;

h) să prescrie medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Medicul de familie poate refuza transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților și investigații paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alți medici. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament 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 de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală, 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.

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

Art. 33. - În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

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

b) să facă publice valorile definitive ale punctelor rezultate în urma regularizării trimestriale atât prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

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

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

PARAGRAFUL 5

Decontarea serviciilor medicale

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 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 activități de

suport. Serviciile medicale care se asigură prin plata per capita și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme.

Valoarea definitivă a punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru; această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat;

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 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.

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 care pentru anul 2007 este mai mare cu 40% față de valoarea minimă garantată valabilă pentru anul 2006, respectiv la valoarea minima garantata pentru un punct pe serviciu, iar regularizarea trimestrială la valoarea definitivă, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului. Furnizorii vor depune lunar în primele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face plata documentele necesare decontării serviciilor, potrivit normelor.

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.

PARAGRAFUL 6

Sanctiuni, condiții de reziliere și încetare a contractelor

Art. 38. - (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit precum și abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și / sau recomandări de investigații paraclinice, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului per capita în luna respectivă medicilor de familie la care se înregistrează aceste situații, după cum urmează:

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

(2) Sumele obținute ca disponibil, în condițiile alin. (1) la nivelul caselor de asigurări de sănătate, se vor folosi la reîntregirea sumei alocate asistenței medicale primare.

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

Art. 39.- (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază pentru situațiile prevăzute la art. 18 alin.(1).

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maxim 10 zile calendaristice de la data constatării situațiilor de la art. 18 alin.(2), 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) o dată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 38 alin. (1) pentru fiecare situație;
- c) nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 32 lit. f), i);
- d) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile de remediere pentru oricare dintre situațiile prevăzute la art. 32 lit. b), c), d) și e);
- e) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 32 lit. a) și g).

Art. 40. - Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu 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.

SECȚIUNEA a 7-a

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

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

Art. 41. - Asistența medicală ambulatorie de specialitate se asigură de medici de specialitate, medici dentiști, împreună cu personal mediu sanitar și alte categorii de personal și cu personalul sanitar din serviciile conexe actului medical și se acordă prin:

- a) cabinete medicale, inclusiv cabinete medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, 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 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, Construcțiilor și Turismului;
- d) societăți de turism balnear și de recuperare constituite conform Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și care îndeplinesc condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobată 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. 42. - (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. Cabinetele medicale în care își desfășoară activitatea medicii care au obținut competența/atestat de studii complementare de acupunctură, fitoterapie, homeopatie precum și cabinete de planificare familială altele decât cele din structura spitalelor și 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. 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 pentru fiecare specialitate clinică și pentru medicina dentară, pe județe, pentru care se încheie contractul, se stabilește de către o comisie formată din

reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai autorităților de sănătate publică județene, respectiv ai direcțiilor medicale ori 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.

(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 pentru medicii de specialitate pe care îi reprezintă.

Art. 43. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuți la art. 41 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) Medicii de specialitate care efectuează audiograme și care fac recomandări pentru protezare auditivă sunt cei care efectuează și audiogramele după protezare.

(3) 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, Construcțiilor și Turismului. 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, Construcțiilor și Turismului. Furnizorii de servicii medicale paraclinice pot încheia contracte și cu alte case de asigurări de sănătate în condițiile prevăzute la alin. (5). Prin punct de lucru nu se înțelege punct de recoltare, prin urmare casele de asigurări de sănătate nu încheie contracte distincte cu punctele de recoltare ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice.

(4) 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 relația contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice.

(5) În situația în care în raza administrativ teritorială a unei case de asigurări de sănătate nu există furnizori care să efectueze unele servicii medicale paraclinice cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, casa de asigurări de sănătate poate încheia contract cu furnizori din alte județe, respectiv din municipiul București. În acest sens fiecare casa de asigurări de sănătate va prezenta spre avizare la Casa Națională de Asigurări de Sănătate o listă a acestor servicii.

(6) Fiecare medic de specialitate care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară ambulatorie de specialitate, organizată conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, 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. 46 alin. (2).

Art. 44. - În ambulatoriile de specialitate se acordă următoarele tipuri de servicii medicale: examen clinic, investigații paraclinice, tratamente profilactice și curative, servicii de recuperare – reabilitare .

Art. 45. - Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, poate angaja medici, medici dentiști, dentisti, personal mediu 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 de specialitate, încadrarea personalului mediu sanitar este obligatorie.

PARAGRAFUL 2

Programul de lucru

Art. 46. - (1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice își stabilesc programul de activitate, 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, medicul poate să acorde servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână. În situația în care programul majorat nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, medicul va întocmi liste de prioritate pentru asigurați.

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

(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 de muncă sau integrare clinică într-o secție a unui spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care, pentru specialitățile clinice, să nu depășească maximum 17,5 ore pe săptămână, după cum urmează:

a) într-un cabinet organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată;

b) în ambulatoriul de specialitate al spitalului, în condițiile reglementărilor legale în vigoare, în cazul în care casa de asigurări de sănătate nu are încheiat, pentru specialitatea respectivă în localitatea în care funcționează spitalul, nici un alt contract cu un furnizor de servicii medicale ambulatorii de specialitate, organizat conform legii. Fac excepție situațiile în care cererea de servicii medicale pentru anumite specialități nu este acoperită. În acest sens, comisia constituită conform art. 42 alin. (2) poate propune spre aprobare situațiile concrete privind specialitățile neacoperite Ministerului Sănătății Publice, după consultarea prealabilă a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea respectării obligației de asigurare a valorii minime garantate pentru un punct.

(6) Acordarea serviciilor medicale în cazurile prevăzute la alin. (5) se face în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale ambulatorii de specialitate, iar nerespectarea acestei prevederi conduce la rezilierea contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

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

PARAGRAFUL 3

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

Art. 47. - (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate sunt obligați:

a) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, cu excepția cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene – titulari ai cardului european, a urgențelor și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, a serviciilor de medicină dentară, precum și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate se stabilește prin norme;

b) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, despre diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, bilet 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 și va conține obligatoriu numărul contractului cu casa de asigurări de sănătate, pentru furnizare de servicii medicale; va putea fi folosită numai de către medicii unităților medicale aflate în relații contractuale cu o casa 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 ambulatoriul de specialitate 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.

e) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală 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.

(2) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale paraclinice sunt obligați 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 relația contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice.

Art. 48. - 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;

b) coplată pentru servicii medicale în asistența medicală ambulatorie în condițiile stabilite prin norme;

c) cota de contribuție personală a asiguraților pentru unele servicii medicale în condițiile prevăzute în norme.

Art. 49. - În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

(1) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, atât prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

(2) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă al medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

PARAGRAFUL 4

Decontarea serviciilor medicale

Art. 50. - Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală de specialitate din ambulatoriul de specialitate este tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau lei.

Art. 51. - (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, 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 și valabilă pentru anul 2007.

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;

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 autoritate judecătorească, pentru care cheltuielile materiale se suportă de către unitățile în structura cărora funcționează, se decontează de casele de asigurări de sănătate la tarife diminuate potrivit condițiilor stabilite prin norme.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale ambulatorii de specialitate, în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de:

a) medicii de familie,

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

c) medicii din cabinetele medicale de unitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale, pentru asigurații care nu sunt înscrși în lista unui medic de familie,

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

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

g) medicii de specialitate din spitale pe bază de scrisoare medicală, 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.

Fac excepție urgențele și afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, a serviciilor de medicină dentară precum și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială, situație în care medicii de specialitate vor solicita persoanelor respective actele doveditoare care atestă calitatea de asigurat.

Pentru situațiile prevăzute la literele b), d), e), 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.

(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 de specialitate 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 de specialitate 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 doua 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 din ambulatoriul de specialitate aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate se face pe baza biletului de trimitere numai pentru situația în care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului respectiv.

Art. 52.- Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate și casele de asigurări de sănătate. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunară se face la valoarea minimă garantată 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 3 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. 53. - 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.

PARAGRAFUL 5

Sanctiuni, condiții de reziliere și încetare a contractului

Art. 54. - (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului în luna respectivă pentru medicii din ambulatoriul de specialitate 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 respective, după cum urmează:

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

În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuția personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului în luna respectivă 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 respective, conform prevederilor lit. a), b) și c), pentru fiecare dintre situațiile de mai sus.

(2) Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări, în condițiile alin. (1), la nivelul caselor de asigurări de sănătate, se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

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

Art. 55. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază pentru situațiile prevăzute la art. 18 alin. (1).

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă de casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării situațiilor prevăzute la art. 18 alin.(2) precum și a următoarelor situații:

- a) nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 46 alin. (6) și art. 47 alin. (1) lit. a), b) și c);
- b) o dată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 54 alin. (1) pentru fiecare situație precum și pentru obligația prevăzută la art. 47 alin. (1) lit. e).
- c) la a patra constatare a nerespectării obligației prevăzute la art. 47 alin. (1) lit. d).

Art. 56. - Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu 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.

SECȚIUNEA a 8-a

Servicii medicale în unități sanitare cu paturi

A. SPITALE

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

Art. 57. - (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 încadrare cu personal medical de specialitate și dotare tehnică necesară acordării serviciilor medicale contractate.

(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 au acest potențial, care 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 psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale;

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

(5) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre unitățile sanitare cu paturi (spitale) 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), cu menționarea 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 de DCI-uri specifice tratamentului spitalicesc și DCI-urile din lista prevăzută la art. 90 alin. (1) pentru asigurarea continuității tratamentului în ambulator are ca scop asigurarea tratamentului pacienților internați și monitorizarea consumului de medicamente pentru întocmirea decontului de cheltuieli ce se eliberează pacientului.

Art. 58. - 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, Construcțiilor și Turismului. Spitalele din rețeaua apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești numai cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, avându-se în vedere la contractare și decontare întreaga activitate medicală acordată asiguraților indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență.

Art. 59. - (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 pentru asigurații care nu necesită internare, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești, prin tarif pe serviciu medical stabilit prin norme.

Art. 60. - Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza recomandării de internare din partea medicului de familie, a medicului de specialitate din unități sanitare ambulatorii aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate precum și a medicilor din unitățile de asistență medico-socială. Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către medicii ce își desfășoară activitatea în aceste unități.

Excepție fac urgențele medico-chirurgicale și bolile cu potențial endemo-epidemic, care necesită izolare și tratament, și internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau al urmăririi penale.

Art. 61. - (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 hemodializa, finanțate din fondul alocat pentru serviciile de hemodializa și dializa peritoneală 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, 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, sume 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.

PARAGRAFUL 2

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

Art. 62. - (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi sunt obligate:

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

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

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.

Art. 63. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi au dreptul să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate și validate de casele de asigurări de sănătate și Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, în limita valorii de contract și actelor adiționale încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 64. - În relațiile contractuale cu unitățile sanitare cu paturi 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, 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;

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

PARAGRAFUL 3

Decontarea serviciilor medicale

Art. 65. - (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 hemodializa decontate din fondul pentru serviciile de hemodializa și dializa peritoneală 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, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, 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, sume 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. 66. - (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 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, validate și de casele de asigurări de sănătate, 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 precum și de casele de asigurări de sănătate, 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 prevăzută prin program pentru medicamente și materiale sanitare specifice;

d) suma pentru serviciile de hemodializa se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei contractată cu aceasta destinație;

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

f) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu se decontează în condițiile prevederilor specifice ambulatoriului de specialitate 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 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. 67. - Spitalele vor acoperi din sumele obținute conform art. 66, cu excepția sumelor pentru medicamente și materiale specifice, acoperite prin programul național cu scop curativ și pentru servicii de hemodializă, 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;
- b) dispensarele medicale care, datorită lipsei unui medic, nu s-au putut constitui în cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, și care rămân în structura unităților sanitare cu paturi la care sunt arondate, în condițiile stabilite prin norme;
- c) transport interspitalicesc pentru asigurații care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punct de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice;
- d) 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. 68. - 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. 69. - Spitalele pot încasa coplată de la asigurați. Nu se încasează coplată pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală.

Art. 70. – Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din secțiile de boli profesionale pentru care nu s-a confirmat caracterul de boala profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 57 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 30% din cazurile externate din aceste secții.

PARAGRAFUL 4

Condiții de reziliere, încetare, suspendare și modificare

Art. 71. - (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unitatilor sanitare cu paturi prevazute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage după sine diminuarea valorii de contract după cum urmează:

- a) la prima constatare cu 1% din valoarea de contract aferenta lunii respective;
- b) la a doua constatare cu 3% din valoarea de contract lunara;
- c) la a treia constatare cu 5% din valoarea de contract lunara;

Odată cu prima constatare casele de asigurari de sănătate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate anunță Ministerul Sănătății Publice 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 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.

B. SERVICII MEDICALE DE HEMODIALIZĂ ȘI DIALIZĂ PERITONEALĂ

Art. 72. - (1) Serviciile medicale de hemodializă se asigură de către furnizori autorizați și evaluați conform legii.

(2) Modalitatea de plata a serviciilor de hemodializă este tarif pe serviciu medical.

Tariful pe serviciu medical include toate cheltuielile aferente acestui serviciu, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul dializaților de la / la domiciliul asiguratului, cu excepția cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alte județe decât cel de domiciliu al copilului, de la și la domiciliu.

(3) Serviciile medicale de hemodializă se suportă din fondul alocat cu această destinație.

(4) Pentru serviciile medicale de hemodializă acordate de furnizorii autorizați și evaluați conform legii se încheie contracte distincte cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Monitorizarea bolnavului cu dializă peritoneală se contractează ca și serviciu medical în regim de spitalizare de zi și se decontează din fondul alocat asistenței medicale spitalicești.

SECȚIUNEA a 9-a

Servicii medicale de urgență și transport sanitar

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

ART. 73. - (1) Asistența medicală de urgență și transportul sanitar se acordă și se efectuează de către 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.

PARAGRAFUL 2

Obligațiile furnizorilor și ale caselor de asigurări de sănătate

Art. 74. - În relațiile contractuale cu casa de asigurări de sănătate 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 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 despre investigațiile și tratamentele efectuate;

d) să elibereze adeverințe 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. 75. - 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.

PARAGRAFUL 3**Decontarea serviciilor medicale de urgență**

Art. 76. - (1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale de urgență sunt:

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

b) tarif pe solicitare pentru serviciile medicale de urgență, pe tipuri de solicitare

(2) Pentru alte tipuri de transport sanitar se utilizează tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediul rural, milă parcursă sau oră de zbor, după caz.

Art. 77. - Sumele aferente serviciilor contractate cu unitățile medicale specializate au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Art. 78. - Modalitățile de decontare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar se stabilesc prin norme.

Art. 79. - (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților medicale specializate prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage după sine diminuarea valorii de contract după cum urmează :

a) la prima constatare cu 1% din valoarea de contract aferenta lunii respective;

b) la a doua constatare cu 3% din valoarea de contract lunara;

c) la a treia constatare cu 5% din valoarea de contract lunara;

(2) Prevederile art. 18 nu se aplică.

SECȚIUNEA a 10-a**Îngrijiri medicale la domiciliu****PARAGRAFUL 1****Condiții de eligibilitate**

Art. 80. - (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.

PARAGRAFUL 2**Obligațiile furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu**

Art. 81. - Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate sunt obligați:

a) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu numai pe baza biletelor de recomandare eliberate de medicii din unitățile sanitare - furnizori de servicii medicale, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; 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 furnizate la domiciliul asiguratului, privind 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.

PARAGRAFUL 3

Condiții de reziliere, încetare, suspendare și modificare

Art. 82. - (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se reziliază de plin drept pentru situațiile prevăzute la art. 18 alin.(1) .

(2) 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 maxim 10 zile calendaristice de la data constatării situațiilor de la art. 18 alin.(2), precum și în cazul nerespectării situațiilor prevăzute la art. 81 alin.(1) lit. a) – d)

PARAGRAFUL 4

Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 83. - 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

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

Art. 84. - 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.

PARAGRAFUL 2

Obligațiile furnizorilor de servicii medicale de recuperare- reabilitare

Art. 85. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale de recuperare au următoarele obligații:

a) să acorde servicii medicale asiguraților, numai pe bază de bilet de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, 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.

PARAGRAFUL 3

Decontarea serviciilor medicale de recuperare – reabilitare

Art. 86. - 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, inclusiv în sanatoriile 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 și 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. 87. - (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.

Art. 88. - (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale furnizorilor de servicii medicale de recuperare, prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage după sine diminuarea valorii de contract după cum urmează :

- a) la prima constatare cu 1% din valoarea de contract aferenta lunii respective;
- b) la a doua constatare cu 3% din valoarea de contract lunara;
- c) la a treia constatare cu 5% din valoarea de contract lunara;

(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

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

Art. 89. - Medicamentele cu și fără contribuție personală 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. 90. - (1) Lista cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, 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) Lista, după 3 luni de la intrarea în vigoare, se poate modifica/completa trimestrial prin hotărâre a Guvernului, în cazul în care nu mai corespunde nevoilor de asistență medicală, 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. 91. - (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) certificat de înmatriculare la Registrul Comerțului / actul de înființare, după caz
 - b) cod 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) pe toată perioada derulării contractului ;
- (2) Casele de asigurări de sănătate pot solicita și alte documente strict necesare încheierii contractelor, aprobate prin decizie a președinților-directori generali, cu acordul prealabil al tuturor furnizorilor de medicamente.

(3) În contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală se va specifica valoarea acestuia, defalcată pe trimestre și luni. Valoarea contractului se va negocia între furnizorii evaluați și casele de asigurări de sănătate, în baza criteriilor stabilite prin norme.

(4) Clauzele contractului pot fi modificate prin acte adiționale, iar valoarea contractului poate fi corectată:

a) ori de câte ori este nevoie dacă fondul cu această destinație suferă modificări în cursul anului sau dacă se înregistrează economii la unii furnizori de medicamente, în condițiile prevăzute în norme, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație;

b) în funcție de modificarea criteriilor care au stat la baza stabilirii valorii de contract în condițiile stabilite prin norme.

(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, Construcțiilor și Turismului. 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, Construcțiilor și Turismului.

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. 92. - 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 prevăzute în listă, cu prioritate medicamentele cu preturile de referință;
- b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale (DCI) la prețurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor;
- c) să practice o evidență de gestiune cantitativ valorică;
- d) să verifice prescripțiile medicale cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă pentru a fi eliberate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele privind eliberarea prescripțiilor medicale

referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic;

e) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, prin programul implementat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau printr-un program compatibil cu cerințele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, avizat de aceasta;

f) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor: factură, borderou centralizator, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a datei de emitere a acestora, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele, în condițiile stabilite prin norme;

g) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală, în condițiile stabilite prin norme;

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

i) să informeze asigurații despre drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale;

j) să respecte prevederile Codului deontologic al farmaciștilor în relațiile cu asigurații;

k) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea furnizării medicamentelor în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale și să afișeze la loc vizibil programul farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente. Acest program se comunică autorităților de sănătate publică și caselor de asigurări de sănătate;

l) să elibereze în limita valorii de contract, 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 pentru alte boli cronice prevăzute în norme valorile de contract sunt orientative;

m) să anuleze medicamentele / DCI care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale;

n) să nu elibereze medicamentele din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

o) 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.

p) să asigure prezența unui farmacist în farmacie și la punctele de lucru pe toată durata programului de lucru declarat la casa de asigurări de sănătate ;

q) să depună în primele 15 zile calendaristice ale lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, în limita valorii de contract; pentru medicamentele antidiabetice orale și pentru alte boli cronice prevăzute în norme decontarea se face la nivelul realizat cu încadrarea în fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate;

r) să se informeze asupra condițiilor de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală.

s) să elibereze medicamentele la preturile cele mai mici și numai la solicitarea și cu acordul asiguratului să elibereze medicamentele din cadrul aceleiași DCI la preturi mai mari decât preturile de referință.

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

u) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în termen de maxim 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

Art. 93. - 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, în limita valorii contractate, respectiv la nivelul realizat pentru bolile cronice

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 ;

c) să cunoască condițiile de contractare a furnizării de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, 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 prevăzute în sublista 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;

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 de la art. 94 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. 94. - 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 numai cu furnizorii de medicamente autorizați și evaluați conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publică, pentru informarea asiguraților lista acestora și valoarea de contract;

b) Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului sunt obligate să încheie contracte cu cel puțin o farmacie în localitățile în care acestea au contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale;

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 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 la întregirea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate ;

d) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte, în limita valorii contractate, contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală sau la nivelul realizat pentru medicamentele aferente bolilor cronice pentru care s-a stabilit valoare de contract orientativă în limita sumelor alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate, la termenul prevăzute în norme;

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

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

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

h) să acorde, în cadrul sumelor negociate și contractate, avansuri de până la 30% din valoarea anuală a contractului pentru farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriile de specialitate din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească;

i) să informeze furnizorii de medicamente asupra condițiilor de contractare și asupra modificărilor apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative.

j) 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 3 zile lucrătoare de la efectuarea controlului;

k) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente numele și codul de parafă al medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

l) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”; până la intrarea în funcțiune a „sistemului informatic unic integrat” se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;

SECȚIUNEA a 3-a

Modalitățile de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

Art. 95. - (1) Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru fiecare medicament corespunzător denumirii comune internaționale (DCI) din listă, este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra prețului de referință pentru DCI cuprinse în sublistele A, B și C, respectiv prețul de decontare pentru medicamentele la care nu se stabilește preț de referință. Prețul de decontare este cel prevăzut prin ordin al ministrului sănătății publice.

(2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI 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 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.

Art. 96. - (1) Modalitățile de prescriere, eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme.

Medicii prescriu medicamentele din sublista A, B sau C sub forma denumirii comune internaționale, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului. Prin ordin al ministrului sănătății publice pot fi desemnate unele medicamente din sublista B sau C pentru a căror eliberare este necesară aprobarea prealabilă a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pe baza unor metodologii și criterii care vor fi aprobate prin același ordin al ministrului sănătății publice.

Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente, cu și fără contribuție personală, cu următoarele restricții:

a) pentru sublista A - o singură prescripție lunar, cu maximum 4 medicamente ;

b) pentru sublista B - o singură prescripție lunar, cu maximum 3 medicamente cu valoarea totală calculată la prețul de vânzare cu amănuntul de maximum 300 lei, cu excepția medicamentelor prevăzute în această sublistă, notate cu #, situație în care se prescrie o singura prescripție cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună mai mare de 300 lei cu un medicament notat cu # pe lună, fără a se mai prescrie și alte medicamente din sublista B în luna respectivă;

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 singura prescripție lunar cu maximum 4 medicamente.

(2) Prin excepție, în cazul medicamentelor stupefiante se pot emite pentru același asigurat două sau trei prescripții cu timbru sec, cuprinzând tratamentul necesar pentru 15, respectiv 10 zile, conform reglementărilor specifice în vigoare.

(3) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să aducă la cunoștință 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 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 Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate

suportă integral contravaloarea medicamentelor cu prețul cel mai mic corespunzătoare fiecărei denumiri comune internaționale (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 întocmind borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, cu excepția medicamentelor antidiabetice orale corespunzătoare DCI-urilor din grupa de boala cronică diabet zaharat și boli de nutriție - G21 pentru care se completează prescripție distinctă.

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

(7) În mod excepțional, în alte situații complexe, cu risc crescut de handicap major sau de pierdere a vieții, numărul de medicamente și sumele prevăzute la alin. (1) – (6) se poate depăși numai cu acordul scris al comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății Publice.

(8) Copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 12 luni vor beneficia de medicamente gratuite fără plafonare valorică și cantitativă. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 12 luni va fi suportată integral din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare.

SECȚIUNEA a 4-a

Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractelor

Art. 97. - (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept la data producerii următoarelor situații:

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

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

(2) 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) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare, de la încetarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) retragerea de către organele în drept a dovezii de evaluare farmaciei sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

c) dacă farmacia evaluată înlocuiește medicamentele neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

d) o dată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 100;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții medicale privind eliberarea de medicamente conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an;

f) nerespectării prevederilor de la art. 92 lit. c), e), g), h), l), n), p), t) și u);

g) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 92 lit. a), b), f), m), q), r), s);

h) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 92 lit. d), i), j), k) și o).

i) 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 medicamentelor eliberate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

Art. 98. - Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una din 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 maxim 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia;

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

Art. 99. - Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele:

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. 100. - În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru comunicat la casă și prevăzut în contract suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

a) 10% la prima constatare;

b) 15% la a doua constatare;

c) 20% la a treia constatare.

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. 101. - 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 aproba prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurari de Sanatate, în condițiile stabilite prin norme.

CAPITOLUL IV

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

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

Art. 102. - Dispozitivele medicale se acordă, pentru o perioadă determinată sau nedeterminată, de către furnizorii de dispozitive medicale avizați de Ministerul Sănătății Publice și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

Art. 103. - Contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se încheie între furnizorul de dispozitive medicale avizat, evaluat, prin reprezentantul său legal, și casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

a) certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, 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) autorizația/autorizațiile de utilizare a dispozitivelor medicale și/sau, după caz, certificatul/certIFICATELE de înregistrare a dispozitivelor medicale, emise de Ministerul Sănătății Publice sau declarația de conformitate EC emisă de producător ;
- 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, pe toată perioada derulării contractului ;
- g) lista prețurilor de vânzare cu amănuntul pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

SECȚIUNEA a 2-a

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

Art. 104. - 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;
- 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 a dispozitivului medical la comandă;
- f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință ale dispozitivelor medicale, prețurile de vânzare cu amănuntul ale dispozitivelor medicale, însoțite de autorizațiile de utilizare și/sau, după caz, de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale, emise de Ministerul Sănătății Publice, care trebuie să fie aceleași cu cele prevăzute la art. 103 lit. g);
- 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 către furnizorul care a efectuat audiogramele inițiale și care a încheiat cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, 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 maxim 5 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 mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale în termen de maxim 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

Art. 105. - 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;
- 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.

Art. 106. - 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 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 verifice activitatea furnizorilor de dispozitive medicale conform contractelor încheiate cu aceștia;
- d) să emită decizii privind aprobarea procurării dispozitivului medical, conform bugetului aprobat.
- e) să precizeze în decizia de procurare a dispozitivului medical prețul de referință / suma de închiriere suportată de casa de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate a dispozitivului medical furnizat de aceștia și să specifice pe verso-ul deciziei lista furnizorilor de dispozitive medicale, care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se află în relații contractuale;
- f) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale evaluat și să pună la dispoziție asiguraților, o dată cu decizia, prin poștă, lista tuturor prețurilor de vânzare cu amănuntul pentru dispozitivul medical aprobat prin decizie;
- g) să asigure decontarea pe baza facturilor de decontare emise de furnizor și a documentelor însoțitoare;
- h) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la termenele stabilite, datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de dispozitive medicale, în baza contractelor încheiate cu aceștia;
- i) să țină evidența deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale pe fiecare asigurat, precum și evidența dispozitivelor medicale decontate pe fiecare asigurat;
- j) să verifice dacă emitentul prescripției medicale se află în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înțelege furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale.
- k) să utilizeze „sistemul informatic unic integrat”; până la intrarea în funcțiune a „sistemului informatic unic integrat” se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;

SECȚIUNEA a 3-a

Decontarea dispozitivelor medicale

Art. 107. - Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este prețul de referință sau, după caz, suma de închiriere. Prețul de referință și suma de închiriere se stabilesc potrivit dispozițiilor cuprinse în norme.

Lista dispozitivelor medicale care se acordă pentru o perioadă determinată, prin închiriere, se stabilește prin norme. Suma de închiriere este suma pe care o decontează casele de asigurări de sănătate pentru dispozitivele acordate pentru o perioadă determinată.

Art. 108. - (1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță fiscală.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor evaluați de

dispozitive medicale 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 evaluați de dispozitive medicale 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 suma de închiriere pentru unele dispozitive medicale, potrivit dispozițiilor cuprinse în norme.

Art. 109. - (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 dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuiind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

(2) Criteriile de prioritate pentru acordarea dispozitivelor medicale precum și pentru soluționarea listelor de prioritate se vor stabili prin norme.

Art. 110. - (1) Dispozitivele medicale se acordă pe baza recomandării medicale a medicilor de specialitate aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, pe baza prescripției medicale și a cererii scrise întocmite de asigurat, de 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. 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 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. Recomandarea 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. Cererea se înregistrează la casa de asigurări de sănătate în a cărei evidențe se află asiguratul.

(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 evaluate.

SECȚIUNEA a 4-a

Sancțiuni, condiții de reziliere și încetare a contractelor

Art. 111. - (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept la data producerii situației în care din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

(2) 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) ridicarea de către organele în drept a avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale sau expirarea termenului de valabilitate a acestora;
- b) retragerea evaluării sau expirarea termenului de valabilitate a evaluării;
- c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care nu deține autorizație de utilizare/certificat de înregistrare a dispozitivului medical, emisă/emis de Ministerul Sănătății Publice;
- d) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 104 lit. a), b), c), d), g), k) și l).
- e) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 104 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 Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

Art. 112. - 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.

CAPITOLUL V

Dispoziții finale

ART. 113. - 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.

Art. 114. - Centrele de sănătate cu personalitate juridică înființate de Ministerul Sănătății Publice, care au în structură paturi de spital și ambulatoriu de specialitate, încheie contract direct cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală desfășurată în calitate de furnizor de servicii medicale. Aceste centre de sănătate sunt asimilate cu spitalele comunale. Pentru serviciile medicale acordate se aplică aceleași prevederi prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme, referitoare la serviciile medicale spitalicești.

Art. 115. - 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. 116. - 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. 117.-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. 118. - 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 și a dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se face în luna ianuarie a anului următor, conform normelor de închidere a exercițiului bugetar.

Art. 119. - Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale pentru anul 2006 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 2007. Condițiile acordării asistenței medicale în baza actului adițional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare la data încheierii actului adițional.

Art. 120. - (1) Sunt incluse în lista denumirilor comerciale corespunzătoare denumirilor comune internaționale (DCI) 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. 121. - (1) Pentru asigurarea continuității tratamentului bolnavilor incluși în programul național cu scop curativ, până la finalizarea licitațiilor naționale pentru subprogramele din programul național cu scop curativ, și încheierea contractelor de furnizare de medicamente și materiale sanitare specifice, Casa Națională de Asigurări de Sănătate este abilitată să utilizeze fondurile alocate cu această destinație în baza actelor adiționale la contractele derulate în anul 2006.

(2) Furnizarea cantităților de medicamente și/sau de materiale sanitare specifice, corespunzătoare necesarului lunar, se face în condițiile menținerii ofertei de către furnizorii de medicamente și/sau de materiale sanitare specifice.

(3) Pentru subprogramele din programul național cu scop curativ pentru care achiziția de medicamente și/sau materiale sanitare specifice se realizează prin licitația la nivel național, casele de asigurări de sănătate sunt abilitate să încheie contracte cu unitățile sanitare nominalizate până la finalizarea licitației la nivel național, cu excepția situațiilor prevăzute la alin. (1).

(4) Pentru subprogramele din programul național cu scop curativ pentru care achiziția de medicamente și/sau materiale sanitare specifice nu se realizează prin licitația la nivel național, casele de asigurări de sănătate sunt abilitate să încheie contracte cu unitățile sanitare nominalizate.

Art. 122. - Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să transmită, la solicitarea Ministerului Sănătății Publice, prin autoritățile de sănătate publică, datele de identificare a persoanelor, înregistrate la acestea, pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform reglementărilor legale în vigoare.

Art. 123. - 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 codul numeric personal (CNP) al fiecărui asigurat numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se află în relație contractuală.

Art. 124. - Pentru asigurarea continuității acordării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu în sistemul de asigurări sociale de sănătate, până la definitivarea procesului de evaluare certificatele de acreditare sunt asimilate dovezii de evaluare.

Art. 125. - 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 asigurari de sanatate dintr-o anumita regiune, se stabilesc după reorganizarea și restructurarea unitatilor sanitare cu paturi de către Ministerul Sanatatii Publice.

Art. 126. – 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, este considerată ca forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. În înțelesul prezentului act normativ prin forță majoră se înțelege: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo. Partea care invoca forța majora 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.

GVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

pentru modificarea anexei nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 725/2003

privind structura organizatorică și efectivele Ministerului Administrației și Internelor

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. I. — Anexa nr. 2 „Numărul posturilor necesare Ministerului Administrației și Internelor la pace“ la Hotărârea Guvernului nr. 725/2003 privind structura organizatorică și efectivele Ministerului Administrației și Internelor, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 478 din 4 iulie 2003, cu modificările și completările ulterioare, se

modifică și se înlocuiește cu anexa*) care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. II. — Aplicarea prevederilor prezentei hotărâri se realizează cu încadrarea în numărul de posturi și în fondurile aprobate Ministerului Administrației și Internelor prin legile bugetare anuale.

PRIM-MINISTRU
CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:

p. Ministrul administrației și internelor,

Mircea Nicu Toader,

secretar de stat

Ministrul muncii, solidarității sociale și familiei,

Gheorghe Barbu

Ministrul finanțelor publice,

Sebastian Teodor Gheorghe Vlădescu

București, 21 decembrie 2006.
Nr. 1.851.

*) Anexa nu se publică, fiind clasificată potrivit legii.

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

pentru aplicarea sistemului de certificare pentru Procesul Kimberley
privind comerțul internațional cu diamante brute

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, al prevederilor art. 1, art. 2 pct. 1 lit. c), pct. 2 și 4, art. 8—10, art. 11 alin. 2, art. 14 lit. c), art. 18 și 22 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 190/2000 privind regimul metalelor prețioase, aliajelor acestora și pietrelor prețioase în România, republicată, cu modificările și completările ulterioare, al prevederilor art. 1 alin. (2), art. 2 alin. (1), art. 45 alin. (2), art. 64 alin. (1) și (2), art. 83 alin. (1), art. 101—106, art. 107—111, art. 181—182 și ale art. 201—205 din Legea nr. 86/2006 privind Codul vamal al României și al prevederilor art. 1, 19, 24 și 26—28 din Regulamentul Consiliului (CE) nr. 2.368/2002 de punere în aplicare a sistemului de certificare pentru Procesul Kimberley privind comerțul internațional cu diamante brute, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

CAPITOLUL I
Dispoziții generale

Art. 1. — Prezenta hotărâre instituie regimul de import, export și tranzit al diamantelor brute și controlul intern al operațiunilor cu diamante brute pe teritoriul României, având ca scop aplicarea sistemului de certificare pentru Procesul Kimberley.

Art. 2. — Operațiunile cu diamante se desfășoară în condițiile reglementate de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 190/2000 privind regimul metalelor prețioase, aliajelor acestora și pietrelor prețioase în România, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și de prezenta hotărâre.

Art. 3. — În sensul prezentei hotărâri, termenii și expresiile de mai jos au următoarele semnificații:

a) *control intern* — totalitatea procedurilor reglementate, la nivel național, de punere în aplicare a sistemului de certificare pentru Procesul Kimberley, în vederea eliminării diamantelor conflictuale din comerțul legitim cu diamante brute;

b) *dovezi concludente*:

— un certificat sau copia certificată pentru conformitate cu originalul a acestuia, emis de o autoritate competentă a unui participant la Procesul Kimberley, care, pe timpul importului, a însoțit diamantele brute ce sunt exportate;

— o factură sau un alt document, cuprinzând informații cu privire la vânzătorul, donatorul sau testatorul și la cumpărătorul sau deținătorul diamantelor brute, din care rezultă că diamantele brute exportate se află pe teritoriul Comunității Europene, în concordanță cu prevederile sistemului de certificare pentru Procesul Kimberley;

— un document prin care se confirmă certificarea stocurilor sau o confirmare, emisă potrivit art. 6 din Regulamentul Consiliului (CE) nr. 2.368/2002 de punere în aplicare a sistemului de certificare pentru Procesul Kimberley privind comerțul internațional cu diamante brute, cu modificările și completările ulterioare, denumit în continuare *Regulament*;

— o declarație scrisă potrivit art. 13 din Regulament.

c) *operațiuni cu diamante* — orice operațiuni cu diamante brute sau prelucrate, așa cum sunt acestea definite la art. 2 pct. 2 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 190/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 4. — (1) Autoritatea română desemnată pentru aplicarea sistemului de certificare pentru Procesul Kimberley este Autoritatea Națională pentru Protecția Consumatorilor, prin Direcția metale prețioase și pietre prețioase, denumită în continuare *Autoritate Comunitară*.

(2) În exercitarea atribuțiilor ce îi revin, Autoritatea Comunitară colaborează cu Comisia Europeană, cu celelalte autorități comunitare, cu autoritățile competente din statele participante, cu autoritățile responsabile de aplicarea reglementărilor Procesului Kimberley din alte state, cu Secretariatul Procesului Kimberley și cu organizațiile internaționale care îndeplinesc atribuții cu privire la sistemul de certificare a diamantelor brute.

(3) Pentru aplicarea sistemului de certificare pentru Procesul Kimberley pe teritoriul României, Autoritatea Comunitară colaborează cu Autoritatea Națională a Vămirilor, cu Comitetul Interministerial înființat potrivit Legii nr. 206/2005 privind punerea în aplicare a unor sancțiuni internaționale, cu alte autorități și instituții publice, cu organizațiile neguvernamentale și profesionale din domeniul comerțului cu diamante brute.

Art. 5. — (1) Autoritatea Comunitară are următoarele atribuții:

a) confirmă certificatele ce însoțesc importurile de diamante brute;

b) emite și validează certificatele comunitare ce însoțesc exporturile de diamante brute;

c) efectuează verificarea fizică pentru fiecare încărcătură de diamante brute prezentată pentru import sau export, precum și pentru fiecare încărcătură de diamante prelucrate în sistem de perfecționare activă;

d) confirmă și certifică, după caz, stocurile de diamante brute existente la nivelul Comunității Europene înainte de intrarea în vigoare a Regulamentului sau exporturile către Comunitatea Europeană, cu maximum 5 zile înainte de intrarea în vigoare a Regulamentului;

e) raportează Comisiei Europene, conform prevederilor art. 5 alin. (3), ale art. 10 alin. (1), ale art. 14 alin. (3) și ale art. 15 alin. (1) din Regulament;

f) păstrează documentele conform prevederilor art. 10 alin. (2) și ale art. 15 alin. (2) din Regulament;

g) întocmește și păstrează evidența persoanelor fizice și juridice înregistrate și păstrează rapoartele anuale înaintate de acestea;

h) păstrează evidențe ale controalelor efectuate și ale rezultatelor acestora;

i) alte atribuții stabilite prin actele normative în vigoare.

(2) Autoritatea Comunitară percepe o redevență pentru tipărirea, confirmarea, emiterea și/sau validarea unui certificat și pentru verificarea fizică efectuată în conformitate cu prevederile prezentei hotărâri. Valoarea acestei redevențe nu poate fi mai mare decât costurile prestațiilor curente în materie, realizate de Autoritatea Comunitară.

Art. 6. — Autoritatea Națională a Vămile stabilește, prin decizie a conducătorului instituției, birourile vamale desemnate pentru introducerea diamantelor brute pe teritoriul României, tranzitul și, respectiv, scoaterea diamantelor brute de pe teritoriul României.

Art. 7. — (1) Persoanele fizice și juridice care desfășoară operațiuni de import, export sau tranzit de diamante brute asigură transportul acestora, pe toată durata procedurilor prevăzute de prezenta hotărâre, pe riscul și cheltuiala proprie.

(2) Persoanele prevăzute la alin. (1) au dreptul de a fi prezente în timpul verificării integrității containerului și a sigiliilor acestuia, precum și la deschiderea și verificarea fizică a fiecărui lot.

CAPITOLUL II

Regimul de import

Art. 8. — (1) La importul diamantelor brute, birourile vamale desemnate aplică procedura vamală prevăzută prin actele normative în vigoare.

(2) Dacă în aplicarea atribuțiilor ce le revin, inclusiv pentru verificarea existenței originalului certificatului însoțitor, agenții vamali verifică fizic conținutul containerelor în care sunt transportate diamante brute, prin ruperea sigiliilor originale aplicate, certifică acest fapt în documentul vamal, resigilează coletul prin aplicarea sigiliului vamal și notifică Autorității Comunitare, prin transmiterea unei copii a declarației vamale.

(3) Încărcăturile de diamante brute vor fi transportate la Autoritatea Comunitară în termen de 3 zile de la data eliberării acestora din vamă.

Art. 9. — (1) Autoritatea Comunitară verifică de îndată, la prezentarea încărcăturii, integritatea containerelor și a sigiliilor aplicate, precum și existența certificatului emis și validat de autoritatea competentă a unui participant.

(2) Autoritatea Comunitară este abilitată să rupă atât sigiliile originale, cât și pe cele aplicate în condițiile art. 8 alin. (2).

(3) Pentru a stabili dacă conținutul unei încărcături corespunde datelor ce figurează în certificatul însoțitor, Autoritatea Comunitară deschide fiecare container, efectuează verificarea fizică a fiecărui lot de diamante brute și întocmește buletinul de analiză aferent, în două exemplare originale.

(4) Dacă Autoritatea Comunitară constată că sunt îndeplinite condițiile prevăzute la art. 3 din Regulament, confirmă certificatul care însoțește încărcătura.

(5) În cazul în care Autoritatea Comunitară constată diferențe cantitative sau valorice, acestea sunt consemnate în buletinul de analiză, precum și în confirmarea de import aferentă certificatului și sunt notificate biroului vamal desemnat, în vederea regularizării operațiunii vamale.

(6) Autoritatea Comunitară furnizează importatorului o copie certificată pentru conformitate cu originalul a certificatului și un exemplar al buletinului de analiză.

(7) Dacă Autoritatea Comunitară constată că nu sunt îndeplinite condițiile prevăzute la art. 3 din Regulament, pune sechestru pe încărcătură și dispune măsuri de verificare.

(8) Dacă Autoritatea Comunitară, în urma verificărilor efectuate, constată buna-credință a importatorului sau faptul că neîndeplinirea condițiilor decurge din acțiunea altei autorități în exercițiul funcțiunii, dispune remedierea deficiențelor constatate, iar după constatarea remedierii acestora ridică sechestrul și aplică procedura prevăzută la alin. (4).

CAPITOLUL III

Regimul de export

Art. 10. — (1) La prezentarea unei încărcături de diamante brute destinate exportului, Autoritatea Comunitară va proceda de îndată la emiterea unui certificat comunitar, dacă constată că sunt îndeplinite condițiile prevăzute la art. 12 alin. (1) din Regulament și la art. 3 lit. b) din prezenta hotărâre.

(2) Pentru a stabili dacă conținutul unei încărcături corespunde datelor ce figurează în certificatul emis, Autoritatea Comunitară deschide fiecare container, efectuează verificarea fizică a fiecărui lot de diamante brute și întocmește buletinul de analiză aferent, în trei exemplare originale.

(3) Autoritatea Comunitară validează certificatul comunitar care însoțește încărcătura numai dacă a stabilit că datele înscrise pe certificat corespund cu conținutul acestuia și că fiecare container a fost sigilat corespunzător.

(4) Dacă Autoritatea Comunitară constată că nu sunt îndeplinite condițiile prevăzute la alin. (1), pune sechestru pe încărcătură și dispune măsuri de verificare.

(5) Dacă Autoritatea Comunitară, în urma verificărilor efectuate, constată buna-credință a exportatorului, dispune remedierea deficiențelor constatate, iar după constatarea remedierii acestora ridică sechestrul și aplică procedura prevăzută la alin. (3).

(6) Autoritatea Comunitară furnizează exportatorului o copie certificată pentru conformitate cu originalul a certificatului comunitar și două exemplare ale buletinului de analiză, din care unul pentru autoritatea vamală.

Art. 11. — (1) Autoritatea Comunitară informează exportatorul cu privire la birourile vamale desemnate, în vederea începerii procedurilor vamale de export.

(2) La exportul diamantelor brute, birourile vamale desemnate aplică procedura vamală prevăzută prin actele normative în vigoare.

(3) Dacă în aplicarea atribuțiilor ce le revin agenții vamali verifică fizic conținutul containerelor în care sunt transportate diamante brute, prin ruperea sigiliilor originale aplicate, certifică acest fapt în documentul vamal, resigilează coletul prin aplicarea sigiliului vamal și notifică Autorității Comunitare, prin transmiterea unei copii a declarației vamale.

(4) Birourile vamale, stabilite conform art. 6, notifică Autorității Comunitare ieșirea de pe teritoriul României a unui transport de diamante brute, prin transmiterea unei copii a declarației vamale.

CAPITOLUL IV

Regimul de tranzit

Art. 12. — (1) Prevederile art. 2 alin. (1) și ale art. 8—11 nu se aplică diamantelor brute aflate în tranzit pe teritoriul României.

(2) La tranzitul diamantelor brute, birourile vamale desemnate aplică procedura vamală prevăzută prin actele normative în vigoare.

(3) Dacă scopul declarat al tranzitului este acela de a supune transportul verificărilor unei Autorități Comunitare în

vederea confirmării certificatului însoțitor, biroul vamal desemnat va notifica Autorității Comunitare, prin transmiterea unei copii a declarației vamale de tranzit.

(4) Autoritatea Comunitară își va îndeplini atribuțiile conform procedurii stabilite la art. 9.

CAPITOLUL V Controlul intern

Art. 13. — (1) Persoanele fizice și juridice care desfășoară operațiuni cu diamante brute sunt obligate să se înregistreze la Autoritatea Comunitară.

(2) La cererea de înregistrare, depusă în scris, persoanele fizice trebuie să anexeze:

- copia actului de identitate;
- declarație pe propria răspundere privind tipul de operațiuni cu diamante brute pe care le desfășoară;
- copia autorizației pentru operațiuni cu metale prețioase și pietre prețioase, emisă de Autoritatea Națională pentru Protecția Consumatorilor.

(3) La cererea de înregistrare, depusă în scris, persoanele juridice trebuie să anexeze:

- copia certificatului unic de înregistrare sau a altui document echivalent stabilit prin legislația în vigoare;
- declarație pe propria răspundere a persoanei autorizate de către persoana juridică să semneze cererea de înregistrare, privind tipul de operațiuni cu diamante brute pe care persoana juridică le desfășoară;
- copia autorizației pentru operațiuni cu metale prețioase și pietre prețioase, emisă de Autoritatea Națională pentru Protecția Consumatorilor.

(4) Nu sunt supuse înregistrării Autoritatea Comunitară și Autoritatea Națională a Vămilelor.

(5) În cazul în care intervin modificări în datele furnizate conform alin. (2) și (3) sau în cazul în care persoana fizică sau juridică încetează să desfășoare operațiuni cu diamante brute, aceasta este obligată să le comunice Autorității Comunitare în termen de 10 zile de la data producerii lor.

(6) Autoritatea Comunitară înregistrează persoanele fizice și juridice în termen de 10 zile de la depunerea unei cereri complete și conforme, aplicantul fiind informat în scris asupra acestui aspect.

(7) Înregistrarea nu stabilește drepturi de natura unei autorizații și nu acordă persoanelor fizice sau juridice dreptul de a desfășura operațiuni cu metale prețioase și pietre prețioase.

(8) Înregistrarea se face fără plata unor taxe.

Art. 14. — Fiecare act de comerț sau fapt de comerț translativ de drepturi cu privire la diamante brute, cu excepția celor de import, export sau tranzit, trebuie să fie însoțit de cel puțin unul din documentele prevăzute la art. 3 lit. b).

Art. 15. — (1) Persoanele fizice și juridice care desfășoară operațiuni de procesare a diamantelor brute trebuie să țină evidențe privind cel puțin:

- denumirea bunurilor și pozițiile tarifare vamale aferente;
- caracteristicile calitative și cantitative ale diamantelor brute ce urmează a fi supuse procesării;
- calitatea și cantitatea diamantelor rezultate în urma procesării;
- pierderi și reziduuri tehnologice.

(2) Evidențele prevăzute la alin. (1) se păstrează pe o durată de minimum 5 ani de la data întocmirii lor.

Art. 16. — Persoanele fizice și juridice care desfășoară operațiuni cu diamante brute sunt obligate să păstreze

documentele aferente importului, exportului și tranzitului pe o durată de minimum 5 ani de la data intrării în posesia lor.

Art. 17. — Persoanele fizice și juridice care desfășoară operațiuni cu diamante brute sunt obligate să întocmească și să înainteze Autorității Comunitare un raport anual privind operațiunile cu diamante brute desfășurate, până la data de 31 martie a fiecărui an, pentru anul calendaristic precedent.

Art. 18. — (1) Controlul respectării prevederilor legale privind aplicarea sistemului de certificare pentru Procesul Kimberley se face de către personalul Autorității Naționale a Vămilelor, în ceea ce privește reglementările vamale, și de către personalul Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor, în ceea ce privește celelalte prevederi.

(2) Încărcăturile de diamante brute care, la introducerea sau scoaterea din țară, nu îndeplinesc condițiile stabilite prin Regulament și prezenta hotărâre, se rețin și se înregistrează de biroul vamal, care le predă imediat în depozit Autorității Comunitare.

(3) Controalele dispuse de Autoritatea Națională pentru Protecția Consumatorilor se fac de către personalul cu atribuții de control, împreună cu cel puțin un specialist anume împuternicit din cadrul Direcției metale prețioase și pietre prețioase.

(4) Persoana fizică sau juridică controlată are următoarele obligații:

- a) să permită accesul în toate spațiile în care desfășoară sau care au legătură cu desfășurarea operațiunilor cu diamante brute;
- b) să prezinte diamantele brute, diamantele procesate și reziduurile tehnologice pe care le deține;
- c) să prezinte documentele, înregistrările, evidențele și orice alte documente solicitate, care au legătură cu operațiunile cu diamante desfășurate;
- d) să furnizeze dovezi în susținerea declarațiilor pe care le face pe durata verificării;
- e) să furnizeze în scris explicații;
- f) să permită ridicarea de înscrisuri, în copie și original;
- g) să permită ridicarea de probe de diamante.

(5) Persoana fizică sau juridică controlată are următoarele drepturi:

- a) să solicite ca personalul care face verificarea să se legitimeze;
- b) să formuleze obiecții;
- c) să formuleze contestații în condițiile prevăzute de lege.

(6) Rezultatul controlului se consemnează într-un proces-verbal de constatare.

Art. 19. — (1) Constituie contravenții, dacă nu au fost săvârșite în astfel de condiții încât, potrivit legii penale, să fie considerate infracțiuni, următoarele fapte:

- a) importul de diamante brute cu nerespectarea prevederilor art. 3 din Regulament;
- b) neprezentarea la Autoritatea Comunitară în termenul stabilit la art. 8 alin. (3) din prezenta hotărâre;
- c) exportul diamantelor brute cu nerespectarea prevederilor art. 11 din Regulament;
- d) nereturnarea certificatului comunitar a cărui perioadă de valabilitate a expirat către Autoritatea Comunitară, în termen de 10 zile de la data expirării;
- e) desfășurarea de operațiuni cu diamante brute fără înregistrarea prevăzută la art. 13 alin. (1) din prezenta hotărâre;
- f) necomunicarea modificărilor intervenite în termenul și condițiile prevăzute la art. 13 alin. (5) din prezenta hotărâre;

g) nerespectarea prevederilor art. 14 din prezenta hotărâre;

h) neîntocmirea, întocmirea defectuoasă sau nepăstrarea evidențelor în condițiile prevăzute la art. 15 din prezenta hotărâre;

i) nepăstrarea documentelor prevăzute la art. 16 din prezenta hotărâre;

j) încălcarea prevederilor art. 17 din prezenta hotărâre;

k) nerespectarea prevederilor art. 18 alin. (4) din prezenta hotărâre.

(2) Contravențiile prevăzute la alin. (1) lit. a)–c), e) și g) se sancționează cu amendă de la 25.000 lei la 50.000 lei și confiscarea bunurilor ce fac obiectul contravenției.

(3) Contravențiile prevăzute la alin. (1) lit. d), f) și h)–k) se sancționează cu amendă de la 10.000 lei la 20.000 lei.

Art. 20. — Constatarea contravenției și aplicarea sancțiunii se fac de către personalul prevăzut la art. 18 alin. (3).

Art. 21. — Contravențiilor prevăzute la art. 19 le sunt aplicabile prevederile Ordonanței Guvernului nr. 2/2001

privind regimul juridic al contravențiilor, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2002, cu modificările ulterioare.

CAPITOLUL VI

Dispoziții finale și tranzitorii

Art. 22. — În aplicarea prevederilor prezentei hotărâri, Autoritatea Națională a Vămirilor și Autoritatea Națională pentru Protecția Consumatorilor pot elabora proceduri, în condițiile reglementate prin actele de organizare și funcționare ale acestora.

Art. 23. — Prevederile prezentei hotărâri intră în vigoare la data aderării României la Uniunea Europeană, cu excepția prevederilor privind Autoritatea Comunitară, care intră în vigoare la data publicării în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene a Regulamentului Comisiei Europene de modificare a Regulamentului Consiliului (CE) nr. 2.368/2002, în sensul completării anexei III cu datele de identificare și de contact ale Autorității Comunitare române.

PRIM-MINISTRU

CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:

Șeful Cancelariei Primului-Ministru,
Ion-Mircea Plângu

p. Președintele Autorității Naționale
pentru Protecția Consumatorilor,
Ciubotaru Gheorghe

Ministrul integrării europene,
Anca Daniela Boagiu

Ministrul finanțelor publice,
Sebastian Teodor Gheorghe Vlădescu

București, 21 decembrie 2006.
Nr. 1.856.

ACTE ALE BĂNCII NAȚIONALE A ROMÂNIEI ȘI ALE COMISIEI NAȚIONALE A VALORILOR MOBILIARE

BANCA NAȚIONALĂ A ROMÂNIEI
Nr. 14 din 14 decembrie 2006

COMISIA NAȚIONALĂ A VALORILOR MOBILIARE
Nr. 111 din 14 decembrie 2006

ORDIN

pentru aprobarea Regulamentului Băncii Naționale a României și al Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare nr. 17/22/2006 privind supravegherea pe bază consolidată a instituțiilor de credit și a firmelor de investiții

Având în vedere dispozițiile art. 122, 178, 198, 278 și 282 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 99/2006 privind instituțiile de credit și adecvarea capitalului,

în temeiul dispozițiilor art. 420 alin. (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 99/2006 și ale art. 48 din Legea nr. 312/2004 privind Statutul Băncii Naționale a României, precum și ale art. 1, 2 și ale art. 7 alin. (1), (2), (10) și (15) din Statutul Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare, aprobat prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 25/2002, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 514/2002, modificat și completat prin Legea nr. 297/2004 privind piața de capital, cu modificările și completările ulterioare,

Banca Națională a României și Comisia Națională a Valorilor Mobiliare emit următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Regulamentul Băncii Naționale a României și al Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare nr. 17/22/2006 privind supravegherea pe bază consolidată a instituțiilor de credit și a firmelor de investiții, prevăzut în anexa*) care face parte integrantă din prezentul ordin.

*) Anexa se publică ulterior în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.034 bis în afara abonamentului, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul al Regiei Autonome „Monitorul Oficial”, București, șos. Panduri nr. 1.

Art. 2. — Prezentul ordin și regulamentul menționat la art. 1 vor fi publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Consiliului de administrație
al Băncii Naționale a României,
Mugur Constantin Isărescu

BANCA NAȚIONALĂ A ROMÂNIEI
Nr. 15 din 14 decembrie 2006

Art 3. — Banca Națională a României și Comisia Națională a Valorilor Mobiliare vor urmări ducerea la îndeplinire a prevederilor prezentului ordin.

Președintele Comisiei Naționale
a Valorilor Mobiliare,
Gabriela Anghelache

COMISIA NAȚIONALĂ A VALORILOR MOBILIARE
Nr. 112 din 14 decembrie 2006

ORDIN

pentru aprobarea Regulamentului Băncii Naționale a României și al Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare nr. 18/23/2006 privind fondurile proprii ale instituțiilor de credit și ale firmelor de investiții

Având în vedere dispozițiile art. 11, 124, 126, 278, ale art. 345 alin. (4) și ale art. 384 și 385 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 99/2006 privind instituțiile de credit și adecvarea capitalului,

în temeiul prevederilor art. 420 alin. (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 99/2006 privind instituțiile de credit și adecvarea capitalului și ale art. 48 din Legea nr. 312/2004 privind Statutul Băncii Naționale a României, precum și ale art. 1, 2 și ale art. 7 alin. (1), (3), (10) și (15) din Statutul Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare, aprobat prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 25/2002, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 514/2002, modificat și completat prin Legea nr. 297/2004 privind piața de capital, cu modificările și completările ulterioare,

Banca Națională a României și Comisia Națională a Valorilor Mobiliare emit următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Regulamentul Băncii Naționale a României și al Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare nr. 18/23/2006 privind fondurile proprii ale instituțiilor de credit și ale firmelor de investiții, prevăzut în anexa*) care face parte integrantă din prezentul ordin.

Președintele Consiliului de administrație
al Băncii Naționale a României,
Mugur Constantin Isărescu

BANCA NAȚIONALĂ A ROMÂNIEI
Nr. 16 din 14 decembrie 2006

Art. 2. — Prezentul ordin și regulamentul menționat la art. 1 vor fi publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art 3. — Banca Națională a României și Comisia Națională a Valorilor Mobiliare vor urmări ducerea la îndeplinire a prevederilor prezentului ordin.

Președintele Comisiei Naționale
a Valorilor Mobiliare,
Gabriela Anghelache

COMISIA NAȚIONALĂ A VALORILOR MOBILIARE
Nr. 113 din 14 decembrie 2006

ORDIN

pentru aprobarea Regulamentului Băncii Naționale a României și al Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare nr. 19/24/2006 privind tehnicile de diminuare a riscului de credit utilizate de instituțiile de credit și firmele de investiții

Având în vedere dispozițiile art. 126, art. 134 lit. a) și ale art. 278, 384 și 385 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 99/2006 privind instituțiile de credit și adecvarea capitalului, precum și ale art. 2 lit. a) din Regulamentul Băncii Naționale a României și al Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare nr. 13/18/2006 privind determinarea cerințelor minime de capital pentru instituțiile de credit și firmele de investiții,

în temeiul dispozițiilor art. 420 alin. (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 99/2006 și ale art. 48 din Legea nr. 312/2004 privind Statutul Băncii Naționale a României, precum și ale art. 1, 2 și ale art. 7 alin. (1), (3) (10) și (15) din Statutul Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare, aprobat prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 25/2002, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 514/2002, modificat și completat prin Legea nr. 297/2004 privind piața de capital, cu modificările și completările ulterioare,

Banca Națională a României și Comisia Națională a Valorilor Mobiliare emit următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Regulamentul Băncii Naționale a României și al Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare nr. 19/24/2006 privind tehnicile de diminuare a riscului de credit utilizate de instituțiile de credit și firmele de investiții, prevăzut în anexa*) care face parte integrantă din prezentul ordin.

Președintele Consiliului de administrație
al Băncii Naționale a României,
Mugur Constantin Isărescu

Art. 2. — Prezentul ordin și regulamentul menționat la art. 1 vor fi publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 3. — Banca Națională a României și Comisia Națională a Valorilor Mobiliare vor urmări ducerea la îndeplinire a prevederilor prezentului ordin.

Președintele Comisiei Naționale
a Valorilor Mobiliare,
Gabriela Anghelache

*) Anexa se publică ulterior în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.034 bis în afara abonamentului, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul al Regiei Autonome „Monitorul Oficial”, București, șos. Panduri nr. 1.

BANCA NAȚIONALĂ A ROMÂNIEI
Nr. 17 din 14 decembrie 2006

COMISIA NAȚIONALĂ A VALORILOR MOBILIARE
Nr. 114 din 14 decembrie 2006

ORDIN

pentru aprobarea Regulamentului Băncii Naționale a României și al Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare nr. 20/25/2006 privind tratamentul riscului de credit al contrapartidei în cazul instrumentelor financiare derivate, al tranzacțiilor de răscumpărare, al operațiunilor de dare/luare de titluri/mărfuri cu împrumut, al tranzacțiilor cu termen lung de decontare și al tranzacțiilor de creditare în marjă

Având în vedere dispozițiile art. 126, 134, 278, art. 340 alin. (1), ale art. 384 și 385, precum și ale art. 421 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 99/2006 privind instituțiile de credit și adecvarea capitalului,

în temeiul prevederilor art. 420 alin. (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 99/2006 și ale art. 48 din Legea nr. 312/2004 privind Statutul Băncii Naționale a României, precum și ale art. 1, 2 și ale art. 7 alin. (1), (3) (10) și (15) din Statutul Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare, aprobat prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 25/2002, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 514/2002, modificat și completat prin Legea nr. 297/2004 privind piața de capital, cu modificările și completările ulterioare,

Banca Națională a României și Comisia Națională a Valorilor Mobiliare emit următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Regulamentul Băncii Naționale a României și al Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare nr. 20/25/2006 privind tratamentul riscului de credit al contrapartidei în cazul instrumentelor financiare derivate, al tranzacțiilor de răscumpărare, al operațiunilor de dare/luare de titluri/mărfuri cu împrumut, al tranzacțiilor cu termen lung de decontare și al tranzacțiilor de creditare în marjă, prevăzut

în anexa*) care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Prezentul ordin și regulamentul menționat la art. 1 vor fi publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 3. — Banca Națională a României și Comisia Națională a Valorilor Mobiliare vor urmări ducerea la îndeplinire a prevederilor prezentului ordin.

Președintele Consiliului de administrație
al Băncii Naționale a României,
Mugur Constantin Isărescu

Președintele Comisiei Naționale
a Valorilor Mobiliare,
Gabriela Anghelache

*) Anexa se publică ulterior în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.034 bis în afara abonamentului, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul al Regiei Autonome „Monitorul Oficial”, București, șos. Panduri nr. 1.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.U.I. 427282; Atribut fiscal R,
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. 318.51.29/150, fax 318.51.15, E-mail: marketing@ramo.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro
Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 410.47.30, fax 410.77.36 și 410.47.23
Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

